PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

REDAKTOR GŁÓWNY i ODPOWIEDZIALNY:

Prof. Dr. Leon BLUMENSTOK.

Rok XIX. — 1880.

Kraków.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO,
w Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.
1880.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XIX. „Przeglądu Lekarskiego.“

(*Liczby oznaczają strony*).

I. Spostrzeżenia i opisy przypadków, zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

Z kliniki lekarskiéj krakowskiéj Prof. E. Korczyńskiego:

— Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

— II. Choroby narządu oddechowego. IV. Suchoty i gruźlica, opracował St. Ponikło: 3, 17, 29, 43, 60, 76, 91. V. Choroby nosa, krtani i oskrzelów, opr. Dr. K. Bossowski 557.

— III. Choroby narządu trawienia, zestawił Dr. K. Bossowski: 622, 639.

— IV. Choroby układu nerwowego, opracował Dr. Wł. Gluziński: 651, 665.

Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. M. Madurowicza:

— Przebieg endemii gorączki połogowéj, w grudniu 1879 r., opisał Dr. A. Mars: 281, 297, 313, 329, 345.

Z kliniki okulistycznéj Prof. L. Rydla;

— Przypadek przerostu fałdu półksiężycowego, podał Dr. Machek; 649.

Z pracowni Prof. Dra Browicza w Krakowie:

— O przechodzeniu istót upostaciowanych z krążenia matki do krążenia płodu, podał Dr. A. Mars: 437, 447, 454.

Z zakładu fizyjologicznego Prof. Dra Piotrowskiego w Krakowie:

— Inhalacyje rozpylonych płynów jako sposób wprowadzania leków do miąższu płucnego, podał Dr. St. Smoleński: 57, 73.

Z oddziału chorób wewnętrznych Docenta St. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza:

— Ostry gościec stawowy. Sprawozdanie z przypadków leczonych w latach 1876 — 1880, podał Dr. L. Kopff: str. 485, 499, 509, 524, 535.

Z oddziału położniczo-ginekologicznego Prof. M. Madurowicza w szpitalu św. Łazarza:

— Torbiel jajnika. Owaryjotomija. Wyzdrowienie, przez Dra M. Kohna: 559.

— O zastósowaniu nowego sposobu rozszerzania szyi macicznéj, napisał Dr. M. Kohn: 621.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu św. Łazarza Prymaryjusza Dra Zarewicza:

— *Silphium cyrenaicum* przeciw dymienicom ostrym, podał Dr. L. Glück: str. 259, 272, 284.

Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dr. Rydygiera w Chełmnie.

— Wycięcie raka odźwiernika żołądkowego, śmierć w 12 godzinach, podał dr. Rydygier: 637.

— Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 Paźdz. 1878 do 1 Stycz. 1880.

Wstęp przez Dra Rydygiera str. 89.

I. Zmiażdżenie łokcia i ramienia przez Dra W. Wehra: 145, 163.

II. Dwie owaryjotomije. Wyzdrowienie, przez Dra Rydygiera: 173, 187.

III. Trzy przypadki przetok pęcherzowo-pochwowych, wyleczenie, przez Dra Rydygiera: 270.

IV. Pięć wypiłowań stawowych, wyleczenie wszystkich, przez Dra Rydygiera: 283, 300.

V. Trzy przypadki wypiłowania kości, podał Dr. Rydygier: 625.

Ze szpitala powszechnego w Rrzeszowie.

— Mięsak opony twardéj, operacyja, wyzdrowienie. Podał Dr. St. Jabłoński.

Z oddziału chorób wewnętrznych, Prym. Dra Eisensteina w Wiedniu.

— Przypadek tężca gośćcowego, opisał Dr. Leopold Biber: 80.

Z oddziału ś. p. Prof. Loebla w Wiedniu:

— Mięsak wrzecionowo-komórkowy (*Sarcoma fusocellulare*) mózgu, serca, płuca lewego, jelita cienkiego, gruczołów limfatycznych i skóry, podał Dr. H. Mendelsburg.

II. Inne prace oryginalne.

— Adamkiewicz A.: Czynności obustronne i sinapiskopija: 597, 609.

— Blumenstok L.: Kazuistyka sądowo-lekarska. Usiłowane otrucie całéj rodziny. Arszenik czy rybitrutka: 285, 331.

— Chądzyński J.: O leczeniu niektórych chorób skórnych: 200, 211.

— Dobiński W.: Zapiski psychijatryczne. Znaczenie i kazuistyka pytaczki: 119, 134, 146.

— Domański S.: O kile (*syphilis*) układu nerwowego: 362, 379, 403, 417, 429, 439, 445, 461, 473, 489, 497, 511, 521, 533, 545.

— Glück L.: O istocie przyrzutu szankrowego: 315, 330, 347.

— Kaczorowski T.: Przyczynki do przetoczenia krwi do jamy otrzewnowéj: 389, 401.

— Karcz M.: Morderstwo rozbójnicze (kazuistyka sądowo-lekarska): 476.

— Klink E.: O działaniu *Silphium cyrenaicum* w dymienicach ostrych: 453, 463, 475.

— Kohn M.: Przyczynek do kazuistyki drenowania macicy choréj po porodzie: 257.

— Krobicki T.: Przypadek śmierci pozornéj ze stężeniem jakoby pośmiertném: 248.

— Krówczyński Ż.: Leczenie wiewióra przewlekłego: 1, 19, 31, 41, 61, 78, 93, 107.

— Nawrocki F.: Przyczynek do działania muskarynu: 221.

— Lustgarten L.: O niezwykłéj chorobie gorączkowéj, obserwowanéj w praktyce prywatnéj: 121.

— Obaliński A.: Doświadczalny przyczynek do przetaczania krwi do jamy otrzewnéj: 117, 133.

— Obtułowicz F.: Zator tętnicy płucnéj z przebiegiem nader pomyślnym: 161, 175.

— Oettinger J.: Kilka wyjątków z księgi Hippokrata: O powietrzu, wodach i miejscach: 24, 37, 69, 275, 290, 305, 323, 354.

— Oettinger J.: Zapiski lekarskie ze stulecia XVI ze spółczesnego rękopisu łacińskiego: 494, 505, 517, 529.

— Rotter H.: Przebicie gwoździem czaszki, drgawki epileptyczne, usunięcie gwoździa, ustanie napadów: 189.

— Rydygier L.: Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowéj: 377, 391, 404, 419, 430.

— Rydygier L.: Przypadek wycięcia całéj macicy wraz z jajnikami i kilka uwag o zmianach poczynionych w sposobie operowania Freunda: 487.

— Sawicki E.: Przyczynek do epidemijologii krajowéj. Przypadki *Meningitis cerebrospinalis epidemica* we Lwowie obserwowane w r. 1879 i 1880 w szpitalu powszechnym w III oddziale chorób wewnętrznych: 547, 560, 583.

— Serkowski B.: O niektórych objawach przedgorączkowych i ich leczeniu: 235.
— Sopiński Ż.: Przyczynek do kazuistyki sądowo-lekarskiéj: 45.
— Strzechowski W.: Przypadek śmierci z chloroformu: 269.
— Świderski L.: Przyczynek do anatomii patologicznéj wylewów krwawych przy szkorbucie: 502.
— Szeparowicz J.: Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj. Uwagi nad mechanicznem leczeniem cieśni krtaniowéj (*Laryngosthenosis*) i kazuistyka: 185, 197, 209, 223, 233, 245, 261.
— Warschauer J.: O wartości chlorku pilokarpinu w błonicy: 572, 581, 599.
— Wicherkiewicz B.: Przyczynek do kazuistyki narośli śródgałkowych: 105.
— Wicherkiewicz B.: Przyczynek do kazuistyki obustronnéj bezoczności połączonéj z torbielami powiek: 364.
— Zarewicz A.: Kilka słów o działaniu *Silphium cyrenaicum* w dymienicach ostrych: 299.

III. Odcinek.

Blumenstok L. Hyrtl septuagenarius: 671.
Bulikowski. O mleczarniach publicznych w celach wyłącznie leczniczych: 576.
Cassina F.; Wnioski o. k. kraj. Rady zdrowia, mające na celu uregulowanie praw i obowiązków t. zw. cyrulików: 660.
Ściborowski. Kremer Aleksander: 129, 141.
Krówczyński. Hebra Ferdynand: 467.
Kwaśnicki. Broca Paweł: 458.
List Dra Janikowskiego w przedmiocie Słownika lekarskiego: 194.
List z Berlina Dra Rydygiera: 216.
Listy z Berlina przez Dra Janiszewskiego: I, 541, II, 590; III, 662; IV, 675.
Listy z Londynu przez Dra Bogdanika: I, 372; II, 385; III, 411; IV, 469.
List ze Lwowa: 605, 673.
List z prowincyi Dra Bielczyka: 13.
Listy z prowincyi: IV, 53.
List ze Szczawnicy Dra Ściborowskiego: 355.
List otwarty do Redakcyi Przeglądu lek. przez Dra Skórkowskiego (z Medowatéj): 372.
List otwarty do Redakcyi Przeglądu lekar. przez Dra Warschauera: 384.
Listy otwarte do Redakcyi Przeglądu lek. w sprawie Słownika lekarskiego przez Dra Łuczkiewicza: I, 114; II, 181; III, 226; IV, 292.
List otwarty do Prymaryjusza Dra Chądzyńskiego we Lwowie, przez Prof. Dra Roznera: 240.
Listy Dra Rollego: O błonicy panującéj nagminnie na Podolu: I, 50; II, 70, 84, 101.
List z Tyflisu Dra J. Minkiewicza: 229.
List z Warszawy Dra Perkowskiego z dopiskiem Dra Obalińskiego: 12.
Listy z Warszawy: β) I, 10; II, 337.
Odpowiedź na list Dra Rosnera przez Dra Chądzyńskiego: 275.
Oprawa przeciwgnilna a medycyna sądowa przez Prof. Dra Blumenstoka: 321, 334.
Sakowicz K.: Wiadomość o limanach odeskich: 156.
Szkoła lekarska dla kobiet w Petersburgu, przez Dra Kwaśnickiego: 666.
Sprawy szpitalne w sejmie: I 409; II, 423.
Warschauer J.; List o doświadczeniach Doc. Dra Grütznera nad hypnotyzmem: 542.
Warschauer J.: Pięćdziesiąty trzeci Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Gdańsku w r. 1880: 527, 551, 577.
W sprawie kosztów leczenia szpitalnego: 320.
W sprawie reformy szkolnéj przez B. Lutostańskiego: 352.
W sprawie wodociągów miasta Krakowa: 516.
Zieleniewski M.: Nasze zdrojowiska a zapowiedziana wystawa balneologiczna w Frankfurcie w r. 1881: 565.

IV. Piśmiennictwo lekarskie.

Alt A. Compendium der normalen und pathologischen Histologie des Auges. Spr. E. Machek: 612, 627.
Beck G. Therapeutischer Almanach: 317.
Cohnheim: Die Tuberkulose vom Standpunkte der Infectionslehre. Spr. D.: 165.
Czyżewicz A. Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1877. Spr. K. Grabowski: 562, 573, 586.
Erlenmeyer A. Die Schrift. Grundzüge ihrer Physiologie und Pathologie. Spr. S. Domański: 5.
Falck F. A. prof. w Kielu. Lehrbuch der prakt. Toxikologie, Spr. L. B.: 627.
Gurlt E. Die Gelenkresectionen nach Schussverletzungen, ihre Geschichte, Statistik, End-Resultate. Spr. Rydygier: 80.
Hofmann E. Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. Spr. L. Blumenstok: 316.
Hueter. Grundriss der Chirurgie. I Hälfte, Allgemeiner Theil. Spr. Dr. Rydygier: 655.
Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office. United states Army. Authors and subjects. Vol. I, A.— Berliński. With a list of abbreviations of titles of periodical indexed. Washington. Government Printing Office: 628.
Kadyi H.: Uiber accessorische Schilddrüsenläppchen in der Zungenbeingegend. Spr. H. K.: 7.
Kadyi H.: O gruczołach tarczykowych dodatkowych w okolicy gnykowéj. Spr. H. K.: 7.
Lesser L. Die chirurgischen Hilfsleistungen bei dringender Lebensgefahr. (Lebensrettende Operationen). Spr. A. O.: 613.
Olpiński J. Zbiór ustaw i rozporządzeń zdrowotych, obowiązujących w król. Galicyi i Lodomeryi z W. ks. krakowskiém. T. III. Spr. L. Blumenstok: 381.
O postępach leczenia wodą i powietrzem przez autora rozprawy o leczeniu suchôt. Spr. A. Tarnawski: 365.
Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, pod redakcyją Edw. Klinka. 1880, Zeszyt I. Spr. St. Sm.: 123.
Parrot. Les perforations craniennes spontanées chez les enfants du premier age. Spr. A. Kwaśnicki: 167.
Rivista sperimentale di medicina legale. Anno V, Fasciculo I—IV. Spr. L. Blumenstok: 82.
Skórczewski B. Dyjetetyka kąpielowa czyli nauka jak zachować się należy podczas leczenia w zdrojowiskach. Spr. K. Gr.: 392.
Zuckerkandl E. Uiber eine bisher noch nicht beschriebene Drüse in der Regio suprahyoidea. Spr. H. K.: 7.

V. Sprawozdania z posiedzeń towarzystw.

Czwarty Wiec delegatów austryjackich Towarzystw lekarskich Sprawozdanie Dra Merunowicza: 468, 481.
Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Spr. T. Wasylewski. XXI z d. 16 grud. 1879 r., str. 23; XXII nadzwycz. z d. 22 grud. 1879, str. 24; posiedzenie I administracyjne z d. 7 stycz. 1880 r., str. 37; II z d. 21 stycz. 1880 r., str. 63; III z d. 4 lut. 1880 r., str. 100; IV z d. 17 lut. 1880 r., str. 139; V z d. 3 marca 1880 r., str. 155; VI z d. 17 marca 1880 r., str. 194; VII z d. 6 kwietnia 1880 r., str. 215; VIII z d. 21 kwiet. 1880 r., str. 252; IX z d. 5 maja 1880 r., str. 289; X nadzwyczajne z d. 12 maja 1880, str. 320; XI z d. 19 maja 1880 r., str. 352; XII nadzwyczajne z d. 24 maja 1880 r., str. 422, 441; XIII z d. 2 czerwca 1880 r., str. 450, 457, 466, 480; XIV z d. 16 czerwca 1880 r., str. 605; XV z d. 7 lipca 1880, str. 605; XVI z d. 20 paźdz. 1880 r., str. 633; XVII z d. 3 listopada 1880 r., str. 670.
[Zdanie sprawy z czynności Tow. lek. krakowskiego w r. 1879 w osobnym dodatku zawiera:
Zdanie sprawy ogólne przez S. Pareńskiego, str. 1.
Zdanie sprawy z czynności naukowych przez T. Wasylewskiego str. 1.
Zdanie sprawy podskarbiego A. Obalińskiego, str. 2.
Zdanie sprawy biblijotekarza S. Janikowskiego, str. 2.
Zdanie sprawy z czynności komisyi balneologicznej St. Smoleńskiego, str. 2.
Sprawozdanie z czynności komisyi sądowo-lekarskiéj K. Kralczyńskiego, str. 3.
Zdanie sprawy z czynności komisyi terminologicznéj S. Janikowskiego, str. 3.
Sprawozdanie delegata Tow. lek. z czynności komisyi sanitarnéj S. Janikowskiego, str. 4.
Skład Tow. lek. krakowskiego, str. 5.]
Sprawozdania z posiedzeń komisyi balneologicznéj. Spr. Dr. Smoleński. I z d. 17 stycz. 1880 r., str. 63; II z d. 6 lut. 1880, str. 156; III z d. 25 lutego 1880 r., str. 216; IV z d. 23 marca 1880 r., str. 252; V z d. 26 kwietnia 1880 r., str. 304; VI z d. 25 maja 1880 roku, str. 371, 395.
[Sprawozdanie z III walnego zgromadzenia delegatów Tow. lekarzy galicyjskich, odbytego w dniu 28 czerwca 1880 r. w osobnym dodatku].
Tow. lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska. Spr. Dr. Tarnawski. Posiedzenie IX z d. 6 grudnia 1879 r., str. 550; X z d. 20 grudnia 1879 r., str. 551. XI z dnia 10 stycz. 1880 r., str. 564; XII z dnia 24 stycznia 1880 r., str. 565; XIII z d. 14 lutego 1880 r., str. 590, 604; XIV z d. 28 lutego 1880 r., str. 618; XV z d. 13 marca 1880, str. 618; XVI z d. 3 kwietnia 1880, str. 659.
Sprawozdanie komisyi wybranéj z łona sekcyi lwowskiéj Tow. lekarskiego galic. dla rozpatrzenia wniosków mających na celu usunięcia nadużyć z receptami. str. 551.
Sprawozdanie z posiedzeń Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk. Spr. Jerzykowski. Dr. Swięcicki. Walne zebranie dnia 19 grud. 1879, str. 112, 128, 140. Posiedzenie z d. 7 października 1880 r., str. 589, 603; z d. 4 listopada 1880 r., str. 646.
Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie. Zgromadzenie ogólne V w d. 30 października 1880 roku, str. 618, 634.

VI. Sprawozdania.

Antiseptyczne postępowanie w położnictwie. Walter Werdon: 575.
Aspiracyja rozpoznawcza, nowy udoskonalony przyrząd. Hensley, Arnold: 503.
Badanie jam nosowych z przodu, nowy przyrząd do niego. Jurasz: 274.
Białkomocz biegunkowy. Stiller: 288.
Białkomocz przy nerkach zdrowych. Fürbringer: 628.
Błony bębenkowéj przedarcie urazowe. A. Magnus: 67.
Brom jako środek odwietrzający. Frank: 213.
Casca, używanie kory (Cortex Erythrophloei) w chorobach sercowych zamiast naparstnicy. Drummond: 616.
Cewki moczowéj kurcz. Esmarch: 65.
Choroba Brighta, kliniczne spostrzeżenia nad nią. Leiden: 642.
Choroby zakaźne a przerwanie ciąży. Runge: 125.
Choroby oczne powstałe w skutek chorób zakaźnych, przyczynek do kazuistyki. Utthoff: 383.
Cukrzyca i gnicie. Roser: 150.
Duru brzusznego leczenie. Jenner: 96.
Elektryzowania wątroby wpływ na wydzielanie mocznika. Sigrist: 136.
Etyjologija wewnątrzgałkowych spraw zapalnych. Leber: 263.
Ezeryn w zapaleniu rogówki i jaskrze. Guaita: 575.
Fosforem zatrucie, przyczynek do anatomii patologicznéj rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych. Daniłło: 563.
Gliceryna jako środek przypadowy w przypadkach przewlekłego nieżytu żołądka i dyspepsyi. S. Ringer: 493.
Glist okrągłych pasorzytnych rozwój. Natanson: 177.
Gośćca mozgowego leczenie kąpielami zimnego. Woillez: 615.
Gruźlica. Billroth: 262.
Gruźlica kości czaszkowych przeszywająca. R. Volkmann: 48.
Gruźliczych leczenie. Peter: 191. 202.
Hemoroidalnych guzów leczenie. Pollock: 421.
Homatropinu, działanie fizyjologiczne. Sydney Ringer: 303.
Jad wąglikowy i szerzenie się zarazy śledzionowéj. Pogląd na najnowsze poszukiwania. I p. B. Lutostańskiego: 586; II p. Karcza: 601; III p. Lutostańskiego: 613; IV p. Lutostańskiego: 656.
Jodoform przy opatrywaniu ran pooperacyjnych. Mosetig-Moorhof: 630.
Kiła a małżeństwo. Fournier: 478, 491.
Kiła dziedziczna. Zeissl: 99.
Krwawica. Hertzka: 449.
Krwi odradzanie się po ostrych chorobach. Hayem: 148.
Krwotok uszny u powieszonego. Hofman: 169.
Kwasorodek dwuazotu (N_2O) do znieczulenia chirurgicznego. Bert: 549.
Kwasu karbolowego stósowanie w praktyce dziecięcéj. Genser. Zit. 588.
Kwasu cytrynowego dodatek do wody celem zabicia wniéj drobnowidowych zwierząteк. Langfeld: 448.
Litotrypsyja. Billroth: 643.
Mięsak, przyczynek do jego etyjologii. Brodowski: 369.
Mięsaków rozrastanie się w naczyniówce. Fuchs: 303.
Mięsienia użyteczność w kąpielach solankowych. Weissenberg: 408.
Manaca. Eddmon: 515.
Morfinica. Lewinstein: 111.
Naczyniówki zapalenie po durze powrotnym. Trompetter: 318.
Niebezpieczeństwo wkładania cewnika do pęcherza przy porażeniu tegoż. Weigert: 180.
Nierównoczesny skurcz komór sercowych Leydena. Widmann: 179.
Obłąkanie w skutek urazu głowy. Trepanacyja, zupełne wyzdrowienie. George Wherry: 602.
Ochłodzenie ciała ludzkiego za pomocą przyrządu oziębiającego Dumontpalliera i Gallanta: 249, 302.
Odruchomierz dra Moczutkowskiego: 192.
Odruchy ścięgniste. Prof. Charcot: 394.
Oka choroby gnilcowe. Fiałkowski: 602.
Olei gynocardiae (Chaulmoograoil), działanie w chorobach skóry. Pick: 110.
Ospa i dyfteryja, szerzenie się tych chorób w sąsiedztwie szpitali. Bertillon: 367, 382.
Ospowatych odosabnianie. Rendu: 9.
Ospy leczenie. Hübner: 178, 190, 201.
Pasteura, najnowsze odkrycie: 153.
Patologija celularna i choroby infekcyjne. Sprawozdanie podał Dr. Pisek: 286, 301, 333, 349.
Pęcherza przepłukiwanie. Fischer: 658.
Pepton. Prof. Maly: 504.
Perlica zwierząt domowych i możność przenoszenia jéj za pośrednictwem pokarmów. Virchow: 225, 237.
Pilokarpinu chlorek przeciw błonicy. Guttmann: 527.
Pilokarpin i Homatropin. Pautyński: 563.
Pilokarpinu chlorek w mocznicy. Praetorius: 629.
Pilokarpin, niebezpieczeństwo z przyczyny użycia w niestósownym czasie przy eklampsyi. Säuger: 645.
Pismo, druk i rozwielmożnianie się myopii. Prof. H. Cohn: 513, 526, 537.
Płonicy stosunek do chorób narządu słuchowego. Burckhardt Merian: 406.
Potu wydzielanie. Adamkiewicz: 65.
Produkta rozkładowe w przewodzie pokarmowym noworodków. Senator, Landendorf: 587.
Przepuklin zgorzelinowych leczenie. Beck: 153.
Przodo- i tyło-pochyleń oraz zagięć macicy leczenie. Schultze: 151.
Przyczynek do oznaczenia siedziby zmian chorobowych w mózgu. A. Robertson: 493.
Przyczynki do techniki szczepienia. L. Meyer: 48.
Przyczyny śmierci po oparzeniach. Lesser: 238.
Przyrządu słuchowego obrażenia pod względem sądowo-lekarskim. Urbantschitsch: 99, 111, 126, 138.
Puchlina nerkowa, wycięcie nerki, wyzdrowienie. Day i Thornton: 407.
Pyopneumothorax subphrenicus. Prof. Leyden: 616.
Quebracho wartość lecznicza. Penzoldt: 168.
Quebracho kory działanie lecznicze przeciw duszności. Przibram, Krauth, Berthold, Picot: 22.
Raka przybłonkowego odbytnicy u osób młodych dwa przypadki. G. Lawson: 65.
Raka sutka nieuwzględniony dotąd przypad. H. Snow: 370.
Raków leczenie. Beneke: 191.
Rany mięśni i ścięgeń, przyczynek do leczenia ich. Szuman: 350.
Regeneracyja i nowotworzenie zapalne. Busch: 149.
Ressorcyn. Lichtheim i Andeer. 440, 457.
Ressorcyn, nowe doświadczenia nad nim. Jaenicke: 616.
Ropnia nerkowego przypadek, wywołany przez wniknięcie cząstki martwinowéj próchniejącego kręgu w miąższ nerkowy, która stała się jądrem kamienia nerkowego. Cullingworth: 83.
Sinkiem potasu otrucie. E. Hofman: 48.
Składniki moczu mało rozpuszczalne pod względem etyjologicznym. Bouchardat: 66.
Skurczanie się mięśni z powodu kiły. Cesbron: 126.
Slepota hysteryczna połączona z zezowaniem zbieżném. Manz: 393.
Śluzotoku (ophthalmia gonorrhoica) nowe sposoby leczenia. G. Critchett i Bader: 420.
Śmierć z utonięcia. Brouardel i Vibert: 631.
Snu napady. Mendel: 351.
Sprawozdanie dokładniejsze z niektórych ważniejszych rozpraw mianych na VIII Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie. Rydygiera: 6, 20, 33.
Spray. Zdanie Brunsa co do jego wartości: 574.
Sródkrtaniowa operacyja w narkozie. Schnitzler: 669.
Suchót płucnych leczenie za pomocą wziewań będźwinianu sodowego. Drasche: 21, 34.
Suchot płucnych uleczalność i łączenie się gruźlicy z innemi chorobami. Heitler. 562.
Szyi macicznéj sposoby rozszerzania. Landau: 603.
Tamponada tchawicy w przebiegu dyfteryi. Frisch: 126.
Tchawicy zwężenie. Schrötter: 630.
Tenotomia częściowa mięśni ocznych w celu zwalczenia postępów myopii. Abadie: 589.
Terpentyną cypryjską leczenie raka części płciowych niewieścich. J. Clay: 288.
Terpentyną cypryjską leczenie raka macicy. Clay i Wigner: 317.
Terpentyny cypryjskiéj prawdziwéj różnica od sfałszowanéj. Clay: 432.
Terpentyny cypryjskiéj zastósowanie w przypadkach raka. J. Clay: 538.
Tężec urazowy, wziewanie chloroformu, wyzdrowienie. F. A. Grey: 493.
Tlenu stósowanie na powierzchnie wrzodziejące. R. H. Goolden 8.
Tonga. Sydney Ringer: 168.
Trądzika rumianego (acne rosacea) leczenie. Brault: 8.
Transfuzyja mleka koziego w żyłę człowieka. Meldon: 368.
Tripolitowa oprawa. Langenbeck: 629.
Układu nerwowego czynności obustronne. Adamkiewicz: 82.
Umiejscowienie ośrodka mowy ludzkiéj w lewéj półkuli, nowe dowody stwierdzające. G. Ballet: 614.
Wiewiór, nowy sposób powstrzymywania jego rozwoju. Watson-Cheyne: 465.
Wilka leczenie nacięciami. Vidal: 250.
Włókniaka przedniéj ściany brzucha wyłuszczenie. Rokitańsky: 137.
Wody gorzkie. Prof. Quincke: 504.
Wstrząśnienia mózgowego mechanizm. Gussenbauer: 97.
Wycięcie kawałka kiszki. Czerny: 617, 360, 645.
Wymiociny zielone. Betz: 574.
Wynaczynienia podopłucnowe w śmierci z uduszenia. Rheder: 213.
Wyrostka robaczkowego uwięźnięcie, operacyja, śmierć. Pick: 318.
Wyrostka łokciowego złamanie, resekcyja. Rose: 318.
Wzroku nadwerężenie po obrażeniu czaszki skutkiem urazu tępego. Berlin: 35.
Zapaleń w oczodole związek anatomiczny z zapaleniami wśród czaszki. Berlin: 657.
Zaziębienie. Lassar: 109.
Zmiany odwapnionych rurek kostnych w ranie i dalsze doniesienia o przeciwgnilnéj trwałéj oprawie. Neub[illegible] 53.

Zołzów i suchot płucnych powstawanie. Mordhorst: 63.
Zranienia oka piórami stalowemi i sposoby zaradzenia. Gałęzowski: 515.
Zrostu blaszek osierdziowych rozpoznanie. F. Riegel: 46.
Żelaza przesączonego skład i własności. Personne: 8.

VII. Wiadomości pomniejsze.

Aconitinum nitricum przeciw bólom nerwowym twarzy: 226.
Arsenu przetworów działanie: 193.
Arszenik w pląsawicy: 516.
Atropinu działanie: 193.
Będźwinian magnezyi do inhalacyj i wewnętrznego użytku: 49.
„ sodowy: 154.
„ „ wpływ jego na grzybki błonicowe: 193.
„ „ szkodliwe jego przymioty: 83.
Bezkrwawy sposób usuwania mniejszych guzów i narośli: 68.
Błonicy leczenie: 274.
Ból zębów w czasie ciąży: 449.
Borocytrynian magnezyi: 83.
Boraksu i kwasu salicylowego wziewania: 205.
Brodawek sutkowych owrzodzenie: 395.
Bromek etylu jako środek znieczulający: 395.
„ potasu, zastosowanie jego w krztuścu: 564.
„ „ jako środek przeciw kurczowi głośni po tracheotomii: 23.
„ „ w cierpieniach narządu moczopłciowego: 127.
Bromu działanie: 193.
Bulion flaszkowy: 138.
Bursztynian żelaza jako lek rozpuszczający kamienie żółciowe: 433.
Carica papaja: 351.
Cascara sagrada: 214.
Chininu sposób uprzyjemnienia: 226.
Chloral butylu, camphora monobromata, akonityn przeciw bólowi głowy: 155.
Chloralu wodnik przeciw bólowi zębów: 540.
„ wstrzykiwania w rzeżączce: 540.
„ stósowanie u suchotników: 9.
Chloral przeciwko połowiczemu bólowi głowy: 36.
„ przeciw wymiotom u ciężarnych: 112.
„ przeciw pruritus: 618.
Chlorek pilokarpinu w dyfteryi: 127.
„ „ w kile: 303.
Chlorku chininu podskórne wstrzykiwania: 205.
„ wapna stósowanie w leczeniu dyfteryi: 9.
Chloroform w niestrawności: 550.
Chloroformem otrucie: 383.
Cholery dziecięcéj nowy sposób leczenia: 479.
Chorób gorączkowych wpływ na leczenie zboczeń umysłowych: 433.
Ciała obce, jak długo mogą przebywać w przewodzie pokarmowym: 589.
Ciepłoty wpływ na wsysanie w miejscu podskórnych wstrzykiwań: 505.
Ciężar ciała u epileptyków: 155.
Conjunctivitis gonorrhoica, leczenie: 265.
Cotoin jako lek przeciwbiegunkowy u dzieci: 494.
Cygaret indyjskich Grimaulta skład: 449.
Czkawki leczenie: 632.
Doświadczenia fizyjologiczne na zwłokach ściętego: 37.
Duboisinu stósowanie w okulistyce: 67.
Duboisin w chorobie Basedowa: 527.
Duru brzusznego antyseptyczne leczenie: 193.
Dur brzuszny, poszukiwania pasorzytnicze w nim: 289.
Dymienic leczenie wstrzykiwaniami miąższowemi: 84.
Epidemije żółtaczki: 205.
Ergotynu wstrzykiwanie w opadnięciu rzyci: 214.
Fuci vesiculosi wodny wyciąg przeciw nadmiernéj tuszy: 226.
Fuksyn przeciw przewlekłemu białkomoczowi u dzieci: 205.
Fuksynu względna nieszkodliwość: 10.
Garbnikan chininowy: 128.
Garrulitis vulvae: 112.
Gaz rozweselający przeciw zadumie, wycieńczeniu nerwowemu, bólom głowy i bezsenności: 334.
Gazem świetlnym otrucie: 10.
Gorączce połowéj zapobieganie: 170.
Gorączka powrotna w południowych Niemczech: 370.
Granata właściwego alkaloidy: 334.
Gruźlicy ostréj prosówkowéj rozpoznawanie: 384.
Grzebanie zwłok połączone z paleniem: 14.
Hematologija kliniczna: 433.
Hypnotycznych doświadczeń krytyka: 659.
Ilość włókien na przekroju nerwu wzrokowego: 659.
Inhalacyje kwasu salicylowego w suchotach płucnych: 23.
Ixora dondanca przeciw czerwonce: 319.
Izby lekarskie: 13.
Jodek potasu jako środek przyśpieszający wydzielanie ołowiu: 10.
Jodoform, pokrycie przykrego smaku balsamem peruwiańskim: 84.
„ w cierpieniach części rodnych kobiecych: 23.
„ w przewlekłych zapaleniach ucha środkowego: 100.
„ przeciw nieżytowi nosa: 170.
„ przeciw wrzodom kiłowym języka: 194.
Jodoform, odjęcie mu nieprzyjemnéj woni: 204.
„ w ginekologii: 603.
Jodoformu nastój: 84.
Jelit długość: 226.
Kamfinowe kapsułki Blachego w cierpieniach dróg oddechowych: 170.
Kastracyja kobiet: 352.
Kava-kava skład: 67.
Kiłowych cierpień odróżnienie od cierpień gruźliczych w krtani: 575.
Kiłowe zmiany w gruczołach gronowych: 154.
Kofein jako środek moczopędny: 22.
Komisyja sanitarna: 13, 170, 308, 553, 566.
Konopie indyjskie przeciw połowiczemu bólowi głowy: 9.
Kości ramieniowéj zgrubienie jako ważny objaw w przebiegu raka sutkowego: 494.
Kreozot przeciw suchotom: 303.
Krwawniczowych guzów sposoby operowania: 42?.
Krwotoków dróg moczowych leczenie fosforanem wapniowym: 138.
„ macicznych leczenie wodą gorącą: 139.
Krwotoki pępkowe u noworodków: 9.
Krwotoki towarzyszące krztuścowi: 319.
Krwotoków płucnych leczenie: 154.
Krwotoków z nosa leczenie: 289.
Krztusiec i jego czynnik etyjologiczny: 395.
Kurczowe napady w przebiegu wczesnéj kiły wtórorzędnéj: 479.
Kurczenie się naczyń pod wpływem prądu przerywanego: 180.
Kwas borowy przeciw nieżytom pęcherza i alkalicznemu oddziaływaniu moczu: 632.
Kwasu borowego stósowanie w jaglicy: 564.
Kwasu flurowodowego wdechania przeciw dyfteryi: 505.
Kwas karbolowy przeciw zimnicy: 112.
„ „ jako lek przeciwgorączkowy: 516.
Kwasu karbolowego podskórne wstrzykiwania w reumatycznem zapaleniu wielostawowém; 49.
Kwasu karbolowego wstrzykiwania w puchlinie jąder: 112.
Kwasu karbolowego wstrzykiwania na granicach skóry różą zajętéj: 564.
Kwasu salicylowego przechodzenie do mleka: 127.
„ „ wykazanie w piwie: 181.
Kwas siarkowy jako środek leczniczy przeciw płonicy: 617.
Kwasu sklerotynowego wstrzykiwania podskórne przeciw krwotokom macicznym a mianowicie przeciw mięsakom macicy: 251.
Kwasu solnego brak w soku żołądkowym: 154.
Leki odciągające w chorobach opon mózgowych: 49.
Lewarka użycie do wydalania wypocin opłucnowych: 181.
List dra L. B. w sprawie słowniczka wyrazów psychijatrycznych: 159.
List dra Obtułowicza w przedmiocie doświadczeń z endoskopem: 207.
List profesora Janikowskiego w sprawie słowniczka wyrazów psychijatrycznych: 171.
List prof. dr. Janikowskiego w sprawie Słownika lekarskiego polskiego: 240, 451.
List z Kulasznego prz. dr. M. Śliwińskiego: 398.
Małżeństwo a dziedziczność u epileptyków: 646.
Mlekiem otrucie: 303.
Moczenia krwawego leczenie: 204.
Mocznicy objaw zwiastunowy: 550.
Morfinem otrucie: 264.
Morfin jako odtrutka przeciw atropinowi: 466.
Morzyska ołownego związek z dną: 154.
Napady krztuścowe: 274.
Napięcie mięśniowe u tabetyków: 409.
Natrum sulphuricum przeciw zatruciu kwasem karbolowym: 516.
Nerek i męcherza zmiany wywołane szybkim zatruciem kantarydynem: 370.
Nerwoból nerwów podszczękowych i kulszowych w moczówce: 540.
Niedowład mięśni ocznych w następstwie zaczadzenia: 303.
Nieżytów jelitowych leczenie przetworami wyskokowemi: 139.
Nieżytu ostrego nosowego leczenie: 589.
Nikotynem otrucie: 409.
Nowotwor przybłonkowy w jelicie odchodowém wycięty sposobem nowym: 632.
Ochrona noworodków od ospy przez szczepienie ciężarnych: 100.
Odczynnik na cukier w moczu: 289.
Oderwania całéj macicy przypadek: 67.
Odruchy naczyniowe w oku: 659.
Odry i błonicy antyseptyczne leczenie: 204.
Okólnik c. k. Namiestnictwa w przedmiocie spisu obłąkanych matołków, ślepych, głuchoniemych, podrzutków: 205.
Okólnik c. k. Namiestnictwa w przedmiocie objazdów peryjodycznych przez lekarzy powiatowych: 396.
Oliwy zastósowanie w cierpieniach jakie sprawiają kamyki żółciowe: 505.
Olejek terpentynowy jako środek przeciwczerwiowy u dzieci; 214.
Olejku kleszczowinowego sposób zażywania najmniéj przykry: 67.
Oparzenia leczenie: 646.
Opaski Martina: 214.
Ospa, zapobieganie powstawaniu blizn: 527.
Ostrego nieżytu żołądka leczenie: 303.
Otwarcie zwłok, czy może przedsiębrać chirurg lub położnik: 383.
Otwieranie ust przez niedosłyszących: 646.

Ozeny leczenie: 550.
Pary bromowe jako środek przyśpieszajacy rozkład błon dławcowych: 127.
Peptony w moczu: 127.
Pępowiny resztek opatrywanie: 441.
Physostigminum salicylicum cristall., wpływ na rozmiary źrenicy i akomodacyję: 564.
Pilokarpin w kurzéj ślepocie: 589.
" w mocznicy: 204.
" przeciw Asthma bronchiale: 516.
Pilokarpinu przeciwzimnicze własności: 9,
" atropinu antagonizm: 67, 618.
" wstrzykiwania podskórne w świerzbiączce: 68.
" działanie w morzysku ołownem: 169.
" analogia z odwarem Zittmanna: 181.
" i jaborandy działanie na wessanie krwotoków śródocznych: 181.
Plam nasiennych badanie: 617.
Plamicy wybroczynowéj leczenie środkami ściągającemi i faradyzmem: 112.
Plaster pryszczący z chloralu: 36.
Pląsawicy leczenie: 128.
Pląsawicy leczenie wstrzykiwaniami podskórnemi rozczynu Fowlerowskiego: 10.
Płonicy leczenie: 100.
Płonicy leczenie powietrzem: 394.
Płonicy związek z urazem: 352.
Podofylinu własności chemiczne i fizyjologiczne: 334.
Podophylini Tra.: 564.
Pokrzywka barwikowa: 466.
Pomornika górskiego nastojem otrucie: 421.
Porody bliźniacze: 319.
Potów leczenie u suchotników: 36.
Przecinianie ściany klatki piersiowéj przy ropnéj wypocinie w jamie opłucnéj: 68.
Przetoczanie krwi do otrzewny: 303.
Przetwory wapienne przeciw błonicy: 659.
Przyżeganie części pochwowéj macicy azotanem srebrowym przeciw ciężkim i uporczywym wymiotom u ciężarnych; 334.
Puchliny brzusznéj różne postacie: 100.
Quebracho działanie: 193.
Quebracho kory alkoloid tak zw. Aspidospermin: 564.
Rada zdrowia, posiedzenia: 131, 142, 265, 373, 434, 635.
Raka sutkowego leczenie: 49.
Reforma sanitarna szkół: 619.
Reskrypt c. k. Namiestnictwa w sprawie sprzedaży w handlach wytworów chemicznych, korzeni, niektórych ziół objętych farmakopeją: 414.
Rogoryjec (anchylostomum): 264.
Rozdrębowy olejek (eucalyptol) jako środek przeciwgnilny: 83.
Rozpad szybki ciała: 23.
Rozporządzenie c. k. Namiestnictwa normujące oględziny ciał zmarłych: 307.
Róży leczenie rozczynem półtora chlorku żelaza: 274.
Rtęci metalicznéj wstrzykiwania podskórne w zmianach kiłowych skóry: 205.
Ryżu uprawy szkodliwość: 36.
Rzeżączki leczenie: 550.
Salicylan sodowy w moczówce cukrowéj: 319.
Sebum ovile carbol: 441.
Siarczek wapniu: 494.
Siarkan magnowy, usunięcie jego nieprzyjemnego smaku: 303.
Skrobia jodowa Buchanana w lupus erythematosus: 422.
Śledziony pęknięcie: 128.
Ślina ludzi dotkniętych wścieklizną, czy jest zaraźliwą: 226.
Soli karlsbadzkiéj naturalnéj skład: 36.
Spirytusowe wziewania jako środek wzmagający sztucznie wywołane poty: 505.
Sporyszu stósowanie u obłąkanych: 23.
Sprawozdanie departamentu V Wydziału krajowego: 305, 324, 339, 356.
Sprawozdanie komitetu wyznaczonego przez Tow. lek. warszawskie do przejrzenia i uzupełnienia Słownika lekarskiego Kremera i Skobla: 144.
Sprawozdanie komisyi edukacyjnéj o wniosku posła Dr. Majera w przedmiocie stosunku Uniwersytetu, a mianowicie jego klinik, do szpitala św. Łazarza w Krakowie: 412, 425, 433.
Środek przeczyszczający u suchotników: 589.
Statystyka powtórnego szczepienia: 100.
Suchot krtaniowych leczenie: 603.
Suchot ostrych wyleczalność: 617.
Szarego mydła wcierania w obrzęku gruczołów: 505.
Szczepienie wewnątrzmaciczne: 100.
Sztuczne odżywianie, nowy przyrząd do niego: 205.
Tayuya: 289.
Tasiemiec, przepis na spędzenie jego: 23.
Terapija pneumatyczna Haukego: 155.
Terpentyna cypryjska: 408.
" " w leczeniu raka części rodnych: 576.
Terpentyny cypryjskiéj sposób używania: 319.
Tra opii crocata przeciw gorączce połogowéj: 205.
Treści żołądkowéj łatwy sposób wypompowywania: 205.
Tran bez smaku: 550.
Trzustka jako środek dyjetetyczny: 215.
Tymol w leczeniu oparzelin: 49.
Uklej przewodu nosowego, sposób operowania tegoż: 127.
Utonięcie skutkiem dostania się massy pokarmowéj do dróg oddechowych: 128.
Utonienie, wyjaśnienie niektórych przypadków śmierci: 457.
Uwagi nad zniżeniem preliminarza na wydatki sanitarne i wydatki natury humanitarnéj w Galicyi: 386.
Waty salicylowéj tamponiki: 84.
Wielkiego zimna wpływ na przebieg chorób: 214.
Wieńcogłówki wątrobowéj przypadek: 84.
Wiewiora leczenie poronne w okresie zapalnym: 370.
Włos w gardle jako przyczyna drgawek: 351.
Włóknika wytwarzanie po drażnieniu nerwów: 659.
Worka osierdziowego nakłócie: 239.
Wstrzykiwanie alkalicznego rozczynu soli kuchennéj w utracie krwi: 22.
Wtórorzędna kiła części pochwowéj macicy: 466.
Wyjmowanie obcych ciał z przewodu usznego: 421,
Wyprysku leczenie: 193.
Wyprysków leczenie gorącą wodą: 351.
Wyrób anatomiczny ciekawy ze stanowiska chirurgicznego i umiejscowienia chorób mózgowych: 239.
Wziewania azotu w suchotach płucnych: 170.
Xylotherapia: 527.
Yerbae santae liście: 251.
Zabieg Schultzego w celu przywołania do życia noworodków pozornie nieżywych: 181.
Zaczopowanie naczyń włosowatych płuc kroplami tłuszczu: 180.
Zapalenia przyjądrza leczenie: 659.
Zapalenie stawów reumatyczne, przejście w zapalenie ropne: 84.
Zboczenie umysłowe wywołane atropinem: 170.
Zgagi leczenie: 633.
Ziarn kukurudzy wyciąg lub syrup w chorobach pęcherza moczowego: 9.
Zimnicy zaduch: 252.
" leczenie prądem przerywanym: 138.
" przeszczepialność: 394.
Złamanie kości udowéj bez urazu zewnętrzeego: 479.
Znamion nowy sposób operowania: 466.

VIII. Nekrologija.

Beiser Mojżesz 544, Bendowski Julijan 635, Fonberg Mateusz 507, Friedberg Adolf 427, Jagielski Edward 103, Koliszer 230, Kozubowski Antoni 482, Kremer Aleksander 105, Kurcyusz Aleksander 254, Lachowicz Ludwik 358, Lewitski Piotr 254, Linhardt Karol 206, Markusfeld Samuel Stanisław 206, Mokrzycki Ludwik 27, Noskiewicz August 14, Orenstejn Jakób 619, 635, Pełczyński Stanisław 116, Przyborowski Karol 27, Szydłowski Dominik 116, Thugutt Augustyn 254, Voigt Leonard 427, Żyliński Tomasz 567.

IX.

Wiadomości bieżące w każdym numerze.
Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie w różnych numerach.
Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi, w pierwszéj połowie sierpnia 1880, str. 450; w drugiéj połowie sierpnia 481; w pierwszéj połowie września 507; w drugiéj połowie września 543; w pierwszéj połowie października 566.
Sprawozdanie o śmiertelności w miastach Galicyi liczących nad 15,000 ludności, za kwartał I str. 396, za kwartał II str. 414, za kwartał III 554.
Statystyka epidemij 26, 39, 87, 102, 115, 143, 158, 171, 183, 194, 206, 217, 230, 241, 253, 265, 276, 294, 308, 326, 340, 358, 374, 387, 397, 414, 427, 435, 443, 451, 470, 482, 495, 519, 531, 543, 553, 567, 578, 592, 607, 619, 635, 646, 663.
Statystyka śmiertelności 26, 39, 87, 102, 115, 143, 158, 171, 183, 194, 206, 217, 230, 241, 253, 265, 276, 294, 308, 326, 340, 358, 374, 387, 397, 414, 427, 435, 443, 451, 470, 482, 495, 519, 531, 543, 553, 567, 578, 592, 607, 619, 635, 647, 663.
Odezwa do członków Tow. lek. krakowskiego 361.
Odezwa Rady zawiadowczéj Tow. lek. galicyjskiego: 384, 540.
Artykuły oryginalne zamieszczane w czasopismach polskich, w każdym numerze.
Inseraty w każdym numerze,
Zawiadomienia o posiedzeniach Tow. lek. krak., Komisyi balneologicznéj i t. d. w różnych numerach.
Korespondencyje Redakcyi i Administracyi w różnych numerach.

Spis autorów prac oryginalnych i rozbiorów krytycznych.

Adamkiewicz Albert, prof. U. J. w Krakowie, 597, 609.

Biber Leopold, lekarz szpitalny w Wiedniu, 80.
Bielczyk Karol, lekarz praktyczny w Gorlicach, 13.
Blumenstok Leon, prof. U. J., 82, 285, 316, 321, 331, 334, 381, 626, 627, 641, 671.
Bogdanik Józef, lekarz szpitalny w Krakowie, 372, 385, 411, 469.
Bossowski Kazimierz, lekarz szpitalny w Krakowie, 557, 622, 639.
Bulikowski Stanisław, lekarz praktyczny we Lwowie, 576.

Cassina Ferdynand, c. k. radca zdrowia i lekarz powiatowy w Przemyślu 660.
Chądzyński Jan, lekarz ordynujący w szpitalu we Lwowie, 200, 211, 275.

Dobiński Włodzimierz, lekarz w zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie, 119, 134, 146.
Domański Stanisław, prof. U. J., 5, 165, 362, 379, 403, 417, 429, 439, 445, 461, 473, 489, 497, 511, 521, 533, 545, 628.

Glück Leopold, lekarz praktyczny w Czerniowcach, 259, 272, 284, 315, 330, 347.
Gluziński Władysław, asystent zakładu fizyjologicznego w Krakowie, 651, 665.
Grabowski Kazimierz, docent U. J. w Krakowie, 392, 562, 573, 586.

Jabłoński Stanisław, lekarz ordynujący w szpitalu w Rzeszowie, 668.
Janikowski Stanisław, prof. U. J. w Krakowie, 194, 240.
Janiszewski Antoni, 540, 590, 662, 674.

Kaczorowski Teofil, lekarz naczelny szpitala w Poznaniu, 389, 401.
Karcz Maksymilijan, lekarz sądowy we Lwowie, 476.
Klink Edward, w Warszawie, 453, 463, 475.
Kohn Maksymilijan, lekarz szpitalny w Krakowie, 569, 621.
Kopff Leon, lekarz szpitalny w Krakowie, 485, 499, 509, 524, 535.
Krobicki Tadeusz, lekarz szpitalny we Lwowie, 248.
Krówczyński Żegota, c. k. radca zdrowia we Lwowie, 1, 19, 31, 41, 61, 78, 93, 107, 467.
Kwaśnicki August, lekarz szpitala św. Ludwika w Krakowie, 167, 458, 606.

Lustgarten Ludwik, lekarz praktyczny w Krakowie, 121.
Lutostański Bolesław, w Krakowie, 352.

Łuczkiewicz, prof. Uniw. w Warszawie, 113, 181, 226, 292.

Machek Emanuel, asystent kliniki U. J. w Krakowie, 612, 627, 649.
Mars Antoni, asystent kliniki U. J. w Krakowie, 281, 297, 313, 329, 345, 437, 447, 454.
Mendelsburg Henryk, 654.
Merunowicz Józef, c. k. koncepista sanitarny we Lwowie, 468, 481.
Minkiewicz Jan, w Tyflisie, 229.

Nawrocki F., prof. Uniw. w Warszawie, 221.

Obtułowicz Ferdynand, lekarz powiatowy w Turce, 161, 175.
Obaliński Alfred, lekarz ordynujący w szpitalu w Krakowie, 117, 133, 612.
Oettinger Józef, prof. U. J. w Krakowie, 24, 37, 69, 275, 290, 305, 323, 354, 494, 505, 529.

Perkowski, lekarz w Warszawie, 12.
Ponikło Stanisław, asystent kliniki U. J. w Krakowie, 3, 17, 29, 43.

Rolle Józef, w Kamieńcu Podolskim, 50, 70, 84, 101.
Rotter Hermann, lekarz praktyczny w Rzeszowie, 189.
Rosner Antoni, prof. U. J. w Krakowie, 240.
Rydygier Ludwik, w Chełmnie, 80, 89, 173, 187, 216, 270, 283, 300, 377, 391, 404, 419, 430, 487, 625, 637, 655.

Sawicki Edward, lekarz ordynujący w szpitalu we Lwowie, 547, 560, 583.
Sakowicz Kazimierz, w Białéj Cerkwi, 156.
Ściborowski Władysław, lekarz zdrojowy w Szczawnicy 129, 141, 355.
Serkowski Bolesław, lekarz powiatowy w Stryju, 235.
Skórkowski Antoni, lekarz w Medowatéj, 372.
Smoleński Stanisław, lekarz zakładu w Fürstenhof, 57, 73, 123.
Sopiński Żegota, lekarz powiatowy, 45.
Strzechowski Wilchelm, asystent kliniki U. J., 269.
Szeparowicz Jan, lekarz ordynujący w szpitalu we Lwowie, 185, 197, 209, 223, 233, 245, 261.
Świderski Leon, 502.

Tarnawski Apolinary, lekarz szpitalny we Lwowie, 365.

Warschauer Jonatan, lekarz praktyczny w Krakowie, 384, 527, 542, 551, 572, 577, 581, 599.
Wehr Wiktor, w Chełmnie, 145, 163.
Wicherkiewicz Bolesław, lekarz praktyczny w Poznaniu, 105, 364.

Zarewicz Aleksander, lekarz ordynujący w szpitalu w Krakowie, 299.
Zieleniewski Michał, lekarz zdrojowy w Krynicy, 565.

Spis Autorów, z których prac podano oceny i sprawozdania.

Abadie 589.
Adamkiewicz 65, 82.
Alt 612, 627.
Andeer 440, 457.
Arnold 503.
Bader 420.
Ballet 614.
Beck 153, 317.
Beneke 191.
Berlin 35, 657.
Bertillon 367, 382.
Bert 549.
Berthlod 22.
Betz 574.
Billroth 262, 643.
Brault 8.
Brodowski 369.
Brouardel 631.
Bruns 574.
Burckhardt 406.
Busch 149.
Bouchardat 66.
Charcot 394.
Cheyne 465.
Cesbron 126.
Clay 288, 317, 432 538.
Cohn 513, 526, 537.
Cohnheim 165.
Critchett 420.
Cullingworth 83.
Czerny 617, 630, 645.
Czyżewicz 562, 573, 586.
Daniłło 563.
Day 407.
Drasche 21, 34.
Drummond 616.
Dumontpallier 249, 302.
Esmarch 65.
Eddmon 515.
Erlenmeyer 5.
Falck 627.
Fiałkowski 602.
Fischer 658.
Fournier 478, 491.
Frank 213.
Frisch 126.
Fuchs 303.
Fürbringer 628.
Gallant 249, 302.
Gałęzowski 515.
Gussenbauer 97.
Genser 588.
Goolden 8.
Grey 493.
Gurlt 80.
Guttman 527.
Guaita 575.
Hayem 148.
Heitler 562.
Hensley 503.
Hertzka 449.
Hofmann 48, 169, 316, 626, 641.
Hueter 655.
Hübner 178, 190, 201.
Jenner 96.
Jaenicke 616,
Jasiński 365.
Jurasz 274.
Kadyi 7.
Klink 123.
Krauth 22.
Landau 603.
Landendorf 587.
Langenbeck 629.
Langfeld 448.
Lassar 109.
Lawson 65.
Leber 263.
Lesser 238, 612.
Lewinstein 111.
Leyden 616, 642
Lichtheim 440.
Magnus 67.
Maly 504.
Manz 393.
Meldon 368.
Mendel 351.
Merian 406.
Meyer 48.
Mordhorst 63.
Mosetig 630,
Moczutkowski 192.
Natanson 177.
Neuber 153.
Olpiński 381.
Parrot 167.
Pasteur 153.
Pautyński 563.
Personne 8.
Penzoldt 168.
Peter 191, 202.
Picot 22.
Pick 110, 318.
Pollock 421.
Praetorius 629.
Przibram 22.
Quincke 504.
Rendu 9.
Rheder 213.
Riegel 46.
Ringer 168, 303, 493.
Robertson 493.
Rokitańsky 137.
Roser 180.
Rose 318.
Runge 125.
Säuger 645.
Schnitzler 669.
Schrötter 630.
Schultze 151.
Senator 587.
Skórczewski 392.
Sigrist 136.
Snow 370.
Stiller 288.
Szuman 350.
Thornton 407.
Trompetter 318.
Uthhoff 383.
Urbantschitsch 99, 111, 126, 138.
Verdon 575.
Vibert 631.
Virchow 225, 237.
Volkmann 48.
Watson 465.
Wherry 602.
Weissenberg 408.
Weigert 180.
Vidal 250.
Widmann 179.
Wigner 317.
Woilez 615.
Zeissl 99.
Zitt 588.
Zuckerkandl 7.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement, wynosi za wiérsz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 6 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 3 stycznia 1880. **№ 1.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. KRÓWCZYŃSKI. Leczenie wiewióra przewlekłego. — II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech. PONIKŁO. IV. Suchoty i gruźlica. — III. *Oceny i sprawozdania*: Ocena dzieła ERLENMEYERA o fizyjologii i patologii pisma przez prof. Domańskiego. — Sprawozdanie dokładniejsze z niektórych ważniejszych rozpraw mianych na VIII Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie. Podał Dr. Rydygier. KADYI. ZUCKERKANDL. PERSONNE. GOOLDEN. BRAULT. RENDU. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Odcinek:* Listy z Warszawy I. — List z Warszawy Dra Perkowskiego i odpowiedź Dra Obalińskiego. — List z prowincyi Dra Bielczyka. — V. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. Leczenie wiewióra przewlekłego.

Napisał Dr. Ż. **Krówczyński** we Lwowie.

(Rzecz czytana na posiedz. sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic.)

Zabierając dzisiaj głos czynię to z dwóch powodów, a mianowicie pragnę późniejszemu historykowi medycyny w Polsce dostarczyć dowodu, że odkrycia obce i nowe sposoby leczenia łatwo sobie przyswajaliśmy sprawdziwszy ich wartość, a powtóre, zestawiając to co w rozmaitych pismach i dziełach jest rozrzucone pragnę uwidocznić, jakiéj doniosłości są te odkrycia w praktycznem zastósowaniu. Ostatni powód usprawiedliwi mnie, że wiele rzeczy dobrze znanych powtórzę i że nie rozpocznę od odkryć, ale od przyczyny, która te odkrycia wywołała.

Niema pozornie łatwiejszego zadania niż leczenie wiewióra: tak sądzi niewtajemniczona w tajniki leczenia publiczność. Ale jak to zazwyczaj bywa opinije co do uleczności przewlekłego wiewióra są nieprawdziwe tak u publiczności, jak i u pewnéj części lekarzy, pomiędzy którymi wielu uważa powyższe cierpienie jako nieuleczne.

Dla dokładnego porozumienia się należy podać definicyję wiewióra przewlekłego. Jest ona już dla tego niezbędną, że nazwa polska nie odpowiada nazwom obcym, które służą do określenia tego samego procesu chorobowego. To samo zboczenie, które my określamy nazwą wiewióra przewlekłego, nazywają Niemcy jak wiadomo *chronischer Tripper i Nachtripper*. Francuzi i Anglicy również rozróżniają dwa okresy: *blennorrhagie* i *blennorhée*, *urethral gonorrhoea* i *gleet*. *Acuter Tripper*, *Blennorhagie* i *urethral gonorrhoea* służą przedewszystkiém do określenia ostrego zapalenia cewki, a przez dodanie przymiotnika *chronisch*, *chronique* oznaczają, że zapalenie jest przewlekłe, gdy tymczasem *Nachtripper*, *blennorrhee* i *gleet* określają również przewlekłe cierpienie cewki, na które w naszym języku nie mamy osobnéj nazwy. Mniejsza o to, czy podział na trzy stany jest właściwym, to pewna, że definicyja wiewióra przewlekłego musi obejmować dwa stany. Stąd wynika, że przez wiewiór przewlekły rozumiemy zapalenie przewlekłe cewki, jakie zazwyczaj po ostrym wiewiórze następuje i cierpienie cewki, które obecność swoję zdradza kroplą wydzieliny, widoczną tylko zrana. W obu razach brakuje objawów zapalnych i znacznych podmiotowych niedogodności cechujących trypra ostrego, w obu razach nie ma ani zaczerwienienia, ani obrzmienia, ani bólu, albo tylko nieznaczny i wówczas przelotny, chwilowy, a jedynym objawem chorobowym jest wydzielina. Jakość i ilość wydzieliny stanowi różnicę między stanami, dla określenia których służą powyżéj przytoczone nazwy obcych języków, a gdy ta jest miernie obfitą już to ropno-śluzową lub czysto śluzową, nazywają ten stan *chron. Tripper;* jeżeli zaś wydzielina okazuje się tylko z rana w postaci białawéj lub lekko żółtéj kropli, wówczas nadają jéj nazwy: *Nachtripper*, *blennorhée*, *gleet*. Zmienność tak w jakości jakoteż ilości wydzieliny jest przyczyną, że niepodobna oznaczyć granicy między oboma okresami wiewióra przewlekłego. Nie będę rozbierał, czy wiewiór w ogólności zależy od jakiegoś przyrzutu lub też czy jego zaraźliwość zawisła wyłącznie od jakości wydzieliny, a właściwie od ilości ciałek ropnych, bo przy dzisiejszym stanie nauki rozstrzygnienie sporu nie jest możliwém; wspomnieć jednak muszę, że przypuszczenia Thiryego nie stwierdziły badania patologicznéj anatomii. Jak wiadomo Th. twierdził, że nie każde zapalenie cewki jest zaraźliwe, jego zdaniem wydzielina tryprowa jest z pewnością zaraźliwą wówczas, gdy źródłem jéj są granulacyje przez niego po raz pierwszy opisane, a wydzielinie téj nadał nazwę *virus granuleux*. Twierdzenie to było przypuszczeniem, albowiem Th. ani za życia ani po śmierci nie stwierdził takich granulacyj. Badania wziernikiem cewkowym udowodniły, że twierdzenie Th. było mylne i tym badaniom zawdzięczamy, że nasze wiadomości o zmianach błony śluzowéj cewki podczas istnienia wiewióra są dokładniejsze. Poprzednio wspomniałem, że wiewiórowi przewlekłemu brakuje znamion zapalenia, jakoto: zaczerwienienia jako wyrazu przekrwienia i obrzmienia, i że jedyną oznaką jest wydzielina, a niekiedy nieznaczny i krótkotrwający ból; obecnie winienem to zdanie

sprostować. Rzeczywiście bez badania wziernikiem cewkowym niepodobna stwierdzić zmian, jakie na błonie śluzowéj niedostępnéj dla oka istnieją, a badania na trupach nie dostarczają prawdziwych obrazów; wziernikiem zaś stwierdzamy, że przewlekłemu wiewiórowi zawsze towarzyszy zaczerwienienie i obrzmienie cewki nawet w takim razie, gdy zwężenie cewki podtrzymuje trypra chronicznego. Na razie zamilczam o innych zmianach, jakie spostrzegamy, a które przytoczę mówiąc o podziale wiewióra na podstawie badań wziernikiem. Ponieważ w zwykłych warunkach nie posługujemy się wziernikiem przy stwierdzaniu okresu wiewióra, dla tego jakość i ilość wydzieliny, objawy, które każdéj chwili przez badanie przedmiotowe stwierdzić możemy, wyrokują o stanie choroby. Przekrwienie i obrzmienie cewki zostaje zazwyczaj w prostym stosunku do jakości i ilości wydzieliny, tak w ostrym okresie wiewióra, jakotéż w przewlekłym, a zmniejszająca się ilość wydzieliny cewki wskazuje, że objawy zapalne ustępują. Dla czego jednak niekiedy ostry wiewiór kończy się krótkim okresem przewlekłego wiewióra, a niekiedy wspomniany okres zapalenia cewki bardzo długo się utrzymuje? Opierając się na analogicznych spostrzeżeniach, jakie czyniono nad innemi błonami śluzowemi, a przedewszystkiém na spojówce, moglibyśmy odpowiedzieć wprost, może jednak nie będzie od rzeczy, gdy tę odpowiedź chwilowo pominiemy.

Dotąd bardzo rozpowszechnionêm jest twierdzenie, że najtrudniéj wyleczyć trypra, podtrzymywanego zwężeniem cewki; nie mało znajdujemy trudności przy nieodpowiedniém zachowaniu się chorego. Często nie umiemy znaleść przyczyny ciągłych pogorszeń przewlekłego wiewióra mimo leczenia, gdy pacyjent wykracza przeciw przepisom i do wykroczeń się nie przyznaje, a ścisłe spostrzeżenia przekonywają, że w tych razach rozbudzenie płciowe, picie napojów wyskokowych, nadmierny ruch są przyczyną pogorszenia. Doświadczenie uczy, że tryper przewleka się, gdy równocześnie cierpi gruczoł przyprątny lub pęcherz, albo inny narząd, jak np. żołądek lub trzewa brzuszne. Na niepokonane zaś niekiedy natrafiamy trudności w leczeniu zapaleń cewki u niedokrewnych, zołzowych lub w ogóle dotkniętych jakąkolwiek cherą. Zastanawiając się nad tém, dla czego zwężenie i rozbudzenie płciowe podtrzymuje istnienie wiewióra, przychodzimy do przekonania, że w obu razach najważniejszą rolę odgrywa zboczenie krążenia. Przy zwężeniu cewki mocz zatrzymujący się za zwężeniem również wpływa niekorzystnie. Na karb zmienionego moczu kładziemy przewlekanie się wiewióra, w razie chorobowego zajęcia męcherza, w chorobach przewodu pokarmowego niewątpliwie także działa mocz zmieniony. Nieprawidłowe odżywianie całego organizmu, a więc i błony śluzowéj cewki w niedokrewności utrudnia leczenie wiewióra, a mała odporność błon śluzowych w ogólności u zołzowych staje się przeszkodą w wyleczeniu.

Nie mając zamiaru uciekania się do hipotez, jakiemi tłumaczymy rozmaite kacheksyje, ograniczam się do stwierdzenia faktów, których codzienne doświadczenie dostarcza. Ono wskazuje, że leczenie wiewióra utrudniają miejscowe zboczenia, jak np. rozbudzenie płciowe, zwężenia, daléj zboczenia narządów w ścisłym związku z błoną śluzową pozostających, jak np. choroby pęcherza, gruczołu przyprątnego; daléj, że zboczenia odległych narządów jak np. choroby żołądka i kiszek przewlekają wiewiór tak samo jak choroby całego ustroju, do których kacheksyje zaliczamy.

Zestawiwszy pobieżnie przyczyny zapaleń chronicznych cewki, przystąpimy do właściwego założenia, t. j. do rozbioru wartości leczniczéj środków używanych. Ponieważ to założenie jest głównêm zadaniem, przeto nad niém dłużéj się zastanowimy. Pozornie zdawałoby się, że leczenie miejscowéj choroby, jaką jest przewlekły wiewiór, powinno być łatwém szczególnie teraz, gdy postąpiliśmy bardzo w zastosowywaniu miejscowém środków leczniczych, poprzednio jednak przytoczyliśmy, że przyczyny przewlekania się wiewiórów są rozmaite. Wyliczyliśmy je właśnie dla tego, aby wykazać, że zadanie lecznicze nie jest łatwém, i że wielki postęp w zastósowaniu środków miejscowych nie wystarcza do usunięcia trudności. Wystarczają całkiem środki miejscowe, gdy wiewiór podtrzymuje zboczenie miejscowe, co w każdym razie bardzo często się zdarza, nie osiągamy zaś pożądanego rezultatu, gdy przyczyną wiewióra jest zboczenie w przyległych cewce narządach, lub od niéj oddalonych, albo wreszcie gdy stan ogólny niekorzystny przedłuża istnienie wiewióra. Konsekwentne leczenie, a jest niém przyczynowe, żąda usunięcia przyczyn, czego łatwiéj dokonać, gdy one są, że tak powiem, narządowe, aniżeli gdy są ogólne. Najczęstszym sposobem leczenia wiewiórow przewlekłych są wstrzykiwania najróżnorodniejszych środków. Zamiast je wyliczać, przypatrzmy się jak one działają. Tarnowsky słusznie twierdzi, że środki do wstrzykiwań używane w trojaki sposób działają: albo ściągają przekrwioną i rozpulchnioną błonę śluzową, która wydziela odpowiednią ciecz, właśnie dla tego, że znajduje się w stanie zapalenia, albo drażniąc pobudzają ją do wessania tworów zapalnych złożonych w utkaniu błony śluzowéj, albo wreszcie wysuszają tylko jéj powierzchnię wilgotną. Ku tym samym celom służą i w ten sam sposób działają rozmaite maści, pasty i czopki. Każdy sposób ma swoich zwolenników i podczas gdy jedni zachwalają czopki gelatynowe, inni czopkom z kaoliny przypisują wyższość, nad które inni znowu przenoszą maści i pasty. Różnicę działania może stanowić tylko to, że maści, czopki itd., zazwyczaj silniéj działają, bo mają więcéj składnika skutecznego i działanie ich jest bardziéj do miejsca ograniczone, jak np. we wstrzykiwaniach. Ta różnica przemawia niekiedy na korzyść wstrzykiwań, a niekiedy na korzyść maści i czopków. Bardzo rzadko posługujemy się w leczeniu wiewióra przewlekłego środkami balsamicznemi, których częściéj można użyć z dobrym skutkiem w okresie przyostrym. Środki balsamiczne również mają działać miejscowo, tak przynajmniéj dotąd przeważna liczba autorów twierdzi. Bardzo ważną rolę w leczeniu odgrywa dyjetetyczne zachowanie, które ma na celu przedewszystkiém usuwanie objawów zapalnych. Przepisy te jednak prawie w każdym przypadku chorobowym bywają inne, a wybór ich zależy od tego, co niemi osiągnąć pragniemy. Przykład na napojach wyskokowych najlepiéj nam rzecz uwidoczni: ogólnie zabraniamy używać ich podczas wiewióra, z korzyścią jednak stósujemy je, gdy rozchodzi się o podniecenie stanu ogólnego. Tak samo rzecz się ma z pokarmami, ruchem itd., które jużto umniejszamy, jużto powiększamy. Wstrzykiwania, maści, czopki działają tylko miejscowo; środki dyjetetyczne zaś miejscowo i ogólnie, bo one wpływają i na narządy i na stan ogólny. Niepodobna wyliczać środków dyjetetycznych szczegółowo i niemiałoby to celu, każdemu bowiem wiadomo, jakiemi one być powinny i nie trudno je do każdego przypadku zastósować.

Do miejscowego leczenia służą zgłębniki, psychrofory i uretroskopy. Każdemu z własnego doświadczenia wiado-

mo, jak korzystnie wpływają zgłębniki na wiewiór przewlekły, gdy zwężenie chorobę podtrzymuje; są one jednak skuteczne i w takim razie, jeśli stosujemy je w okresach choroby, prowadzących do wytworzenia się zwężeń. Zwężenia cewki moczowéj powstają jak wiadomo przez proces chorobowy, odbywający się najczęściéj w miąższu błony śluzowéj cewki, rzadziéj przez zboczenia w tkaninach otaczających cewkę i w pierwszym razie bywają następstwem chronicznego trypra. Za zwężeniem istnieje zawsze stan zapalny cewki, podtrzymywany przez drażnienie zatrzymującego się moczu; otóż gdy usuniemy zwężenie, przestaje istnieć przyczyna chorobowa, a tém samém kończy się wiewiór. W odmienny sposób działa wkładanie zgłębników w okresach wiewióra, które prowadzą do zwężeń. Zgłębnik drażni błonę śluzową potęgując niekiedy słabe objawy przewlekłego wiewióra do symptomów ostrego zapalenia. To drażnienie, względnie przyśpieszona odnowa w miejscu chorobowém, przyczynia się do wessania złogów w miąższu błony śluzowéj się znajdujących, których przemiana miała wytworzyć zwężenie, a których istnienie jest przyczyną trypra chronicznego.

Więcéj skomplikowane jest działanie psychroforów, czyli zgłębników ochładzających Winternitza. Ponieważ one nie uzyskały dotąd znacznego rozpowszechnienia, opiszę ich użycie. Jest to właściwie kateter *à double courant* bez otworów, które na zakończeniu kateterów znajdujemy. Do obu ramion zgłębnika przymocowujemy rurki sprężnikowe, łącząc górną z naczyniem napełnioném wodą, a dolną wkładając do naczynia przeznaczonego na zbieranie się wody odpływającéj. Chłód wody, któréj stopień ciepła bywa rozmaity i która oziębia ściany zgłębnika a względnie cewki, zmniejsza objawy zapalne chorobowe. Woda zarazem znosi drażnienie wywołane samym zgłębnikiem, a reakcyja zależna od stopnia ciepłoty leczy wiewiór, wywołując albo miejscowe podniecenie albo zmniejszenie objawów zapalnych. Z tego wynika, że działanie psychroforu o wiele przewyższa miejscowe działanie zgłębników, gdy go należycie zastosujemy; a ponieważ zgłębnikiem Winternitza leczymy również chroniczne zapalenia gruczołu przyprątnego, nasieniotoki, pomazania nocne itd. z większym skutkiem niż przez wprowadzenie zwykłych zgłębników, przeto psychrofor powinien obszerniejsze znaleść zastosowanie. Należy mu się ono słusznie dla tego, że nietylko działa miejscowo, ale i na narządy chorobowo zajęte, a będące w bezpośrednim związku z cewką; a zboczenia te jak wiadomo utrudniają często leczenie wiewióra.

Zgłębniki zwykłe i ochładzające mają jednak pewną wadę, a jest nią, że działają na cały obszar błony śluzowéj cewki, z którą się stykają. Wadę tę w wielkiéj części usuwamy używając uretroskopów, za pomocą których możemy dowolnie ograniczyć leczenie do najmniejszéj części błony śluzowéj. Ponieważ uretroskopija nie uzyskała dotąd prawa obywatelstwa i nie rozpowszechniła się tak, jak na to zasługuje, dla tego postanowiłem o niéj obszerniéj pomówić, a uczynię to tém chętniéj, że chciałbym, aby każdy mógł wytworzyć sobie samoistne zdanie o wartości uretroskopii, która ma zagorzałych wielbicieli i nieprzejednanych przeciwników.

Rezultaty za pomocą uretroskopii otrzymywane o wiele przewyższają rezultaty, jakich dostarcza leczenie za pomocą zgłębników zwykłych i ochładzających, a mianowicie dlatego, że jak wyżéj powiedziałem, uretroskop dozwala zlokalizować zabieg terapeutyczny, czego uczynić nie można stosując zgłębniki.

Ale za pomocą uretroskopu leczymy tylko miejscowo i najłatwiéj usuwamy przyczyny wiewióra, których siedzibą jest sama błona śluzowa cewki. Jeśli tak jest, a że tak jest wykażę późniéj, nie przyłączymy się do chóru tych zwolenników, którzy głoszą, że uretroskopija wszelkie trudności leczenia wiewiórów usunęła.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II. Choroby narządu oddechowego.

IV. Suchoty i gruźlica.

Opracował Dr. St. Ponikło,
Asystent kliniki.

W klinice stałéj leczono w tym okresie czasu 56 przypadków suchót płucnych i gruźlicy; co stanowi 28·8% chorób narządu odd., a 9% wszystkich chorych.

Z tych	mężczyzn	38	wyszło 15	umarło 23
	kobiet	18	„ 10	„ 8
	Razem	56	„ 25	„ 31.

Wedle wieku przypadki te rozdzielają się jak następuje:

Wiek	Mężczyźni wyszło	Mężczyźni umarło	Kobiety wyszło	Kobiety umarło	Razem wyszło	Razem umarło
od 10—20	1	1	3	—	4	1
od 20—30	4	8	3	2	7	10
od 30—40	5	4	2	5	7	9
od 40—50	4	5	2	—	6	5
od 50—60	1	4	—	—	1	4
od 60—70	—	1	—	1	—	2
Razem	15	23	10	8	25	31

Co do zatrudnienia było: Z pomiędzy mężczyzn: wyrobników 5, studentów 4, handlarzy 3, szewców 3, stolarzy 3, służących 2, wieśniaków 2, kupców 2, kamieniarzy 2, chirurg 1, drukarz 1, pisarz 1, flisak 1, rzeźnik 1, tapicer 1, piekarz 1, ślusarz 1, młynarz 1, bez zatrudnienia 3. Razem 38.

Z pomiędzy kobiet: służących 2, szwaczek 2, wyrobnica 1, zamężnych, przy krewnych i bez zatrudnienia 13. Razem 18.

Dziedziczność wykazano u 8miu chorych tj. 14·3% całéj liczby, mianowicie u 5u mężczyzn i 3ch kobiet. Z tych: *a)* ze strony ojca i matki u 2; *b)* ze strony tylko ojca u 4; *c)* ze strony tylko matki u 2, z dwu ostatnich raz w dwu generacyjach u matki i babki.

Dziedziczności nie wykazano u 48 chorych mianowicie 33ch mężczyzn i 15tu kobiet. Stanowczo wykluczono ją u 4ch mężczyzn i 2ch kobiet razem u 6ciu chorych.

Podajemy tu krótką notatkę każdego przypadku, w którym dziedziczność na pewne została wykazaną lub stanowczo wykluczoną.

Dziedziczność wykazana: Mężczyźni. 1) F. L., lat 30 Pisarz pokątny; matka zmarła na suchoty przed 14tu laty; rodzeństwo

chorego, mianowicie jedna siostra chorego, zdrowe. Przebył zapalenie płuc i cierpiał przed rokiem na obrzmienie gruczołów chłonnych szyjnych połączone z ropieniem.

2) M. L., lat 52, chirurg, żonaty. Ojciec umarł na suchoty, brat najmłodszy przed kilku laty zmarł również na suchoty, reszta rodzeństwa zdrowa. Aż do obecnéj choroby cieszył się od dziecięctwa najlepszém zdrowiem.

3) G. T., lat 56, wyrobnik. Ojciec chorego zmarł na suchoty, brat młodszy chorego w 21 roku życia również zmarł na suchoty. Aż do obecnéj choroby był zawsze zdrów.

4) J. W., lat 19, student. Ojciec odumarł go w dziecięctwie na suchoty płucne. Cierpiał przez kilka lat na przewlekły nieżyt jelitowy z obrzmieniem gruczołów krézkowych tudzież przebył jaglicę *(trachoma)*.

5) P. J., lat 26, stolarz. Ojciec i matka umarli na suchoty płucne. Chory w 12ym roku życia przebył ropienie gruczołów chłonnych podszczękowych i cierpiał przez długi czas na nieżyt przewlekły gardła.

Kobiety: 1) D. M., lat 27, stanu wolnego. Matka choréj zmarła na suchoty płucne. Chora czuła się zawsze aż do wybuchu obecnéj choroby zupełnie zdrową.

2) B. B., lat 26. Matka i babka pomarły na suchoty płucne, siostra przed niedawnym czasem uległa tejże chorobie. Aż do obecnéj choroby zawsze zdrowa.

3) M. B., lat 43, wyrobnica. Matka umarła na suchoty płucne, z ośmiorga rodzeństwa pięcioro zmarło na przewlekłe „choroby piersiowe“. Dotąd zawsze zdrowa.

Dziedziczność stanowczo wykluczona:

Mężczyźni: 1) J. L., lat 13, syn stróża. Rodzice i rodzeństwo żyją zupełnie zdrowi. Nie przebywał zołzów. Od 2ch lat cierpi na ziarninowe zapalenie stawu kolanowego prawego *(tumor albus genu)* które podkopało stan odżywienia chorego i sprowadziło znaczną niedokrewność.

2) F. S., wyrobnik lat 44, żonaty. Troje dzieci zdrowych. Prócz zimnicy nie przebywał żadnych chorób. Obecnéj choroby „nabawił się“ pełniąc obowiązki posługacza przy towarzystwie łyżwiarskiém, gdzie przebywając cały dzień na wolném powietrzu był narażony na wszelkie szkodliwe wpływy zimy.

3) F. K., lat 29, tapicer, żonaty. Rodzice dotąd żyją ciesząc się zupełném zdrowiem. Przed rokiem przebył dławcowe zapalenie płuca prawego, poczém bezpośrednio pojawiły się przypady obecnéj choroby.

4) L. K., lat 31, gospodarz wiejski. Chorobę przypisuje „kilkakrotnemu zaziębieniu“.

Kobiety: 5) J. G., lat 26, stanu wolnego. Choroba płuc rozwinęła się po połogu ciężkim. Bezpośrednio po połogu potworzyły się ropnie gruczołów pachowych.

6) K. B., lat 14. Rodzice i rodzeństwo zdrowi. Cierpienie płuc wystąpiło po durze brzusznym.

W pewnéj liczbie przypadków spostrzeganych można było wykazać bliższe momenty aityjologiczne, najczęściéj przebyte choroby mogące częścią skutkiem właściwych im miejscowych zmian anatomicznych, częścią zaś pośrednio skutkiem podkopania ogólnego stanu odżywienia usposabiać do schorzenia miąższu płucnego lub do wzmożenia się i rychlejszego rozwoju już uprzednio powstałéj sprawy chorobowéj w płucach.

Zboczeniami temi były: w 1ym przypadku sprawa połogowa, w 2ch zakażenie zimnicze, w 1ym bladaczka, w 1ym pylica *(pneumoconiosis)*, w 1ym mięsak znacznych rozmiarów wychodzący z okostnéj czaszki, w 6u kilkakrotnie przebyte dławcowe zapalenie płuc, w 1ym dur brzuszny, w 1ym ropienie gruczołów chłonnych, w 1ym łuszczyca (*ichthyosis*). Wreszcie w 3ch przypadkach wykazano jako możebny moment aityjologiczny nadużywanie napojów wyskokowych.

Większa część chorych podawała za bezpośrednią przyczynę cierpienia jednorazowe lub kilkakrotne „zaziębienie“ z bezpośrednio po temże występującemi przypadami nieżytu oskrzelowego lub opłucnowemi. Wprawdzie nie można momentowi temu, dotąd ściśle umiejętnie nie określonemu, we wszystkich tych przypadkach przypisywać zdolności wzbudzenia przewlekłéj sprawy chorobowéj, któréjkolwiek części składowéj miąższu płucnego u osobników dotąd zupełnie zdrowych, gdyż niepodobna na podstawie wywiadów zbyt często bardzo niedokładnych, zasięganych w znacznéj części od ludzi niskiéj inteligencyi i mało dbałych o każdoczasowy stan zdrowia swego, dopóki tenże dozwalał im jako tako oddawać się zwykłym pracom i zajęciom — stwierdzić tę okoliczność, ażali dotyczący chorzy już dawniéj nie okazywali przypadów bądź przedmiotowych, bądź podmiotowych choroby płucnéj. W bardzo wyjątkowych tylko przypadkach mógłby lekarz szpitalny mieć sposobność śledzenia stanu zdrowia osób dotkniętych suchotami płucnemi od samego zawiązku cierpienia drogą badania ścisłego; sposobność ta dana jest tylko lekarzowi domowemu, mającemu ustawiczną baczność na stan ustroju osób opiece swéj powierzonych, tak w stanie zupełnego lub względnego zdrowia, jak wśród téj lub owéj choroby, któréj objawy od początku spostrzega. Jedynie przez takie obserwacyje odnoszące się do znacznéj liczby chorych, przeprowadzone krytycznie we wszystkich szczegółach, z uwzględnieniem stosunków higijenicznych i dyetetycznych, tudzież wszelkich innych wpływów w danym przypadku działających na ustrój, moglibyśmy zyskać niejedno cenne wyjaśnienie co do ciemnéj dotąd w wielu punktach aityjologii suchot płucnych, a w szczególności zbliżyć się do rozstrzygnienia niezmiernie ważnéj pod względem praktycznym rokowania i leczenia okoliczności, czy nagła zmiana ciepłoty i wilgotności powietrza, znana pod zbiorowém mianem „zaziębienia“, może sama przez się bez konieczności przypuszczania usposobienia swoistego do suchót płucnych, bez warunków usposabiających, czy rozwojowych, czy nabytych, tkwiących w budowie narządu oddechania lub krążenia, bez uwzględniania zbyt często powtarzanéj i równie często niezrozumiałéj „małéj odporności“ tkanin, — wywołać pośrednio lub bezpośrednio schorzenie miąższu płucnego, prowadzące do suchót.

Na moment ten aityjologiczny zwracano stale przy badaniu chorych stanowiących przedmiot niniejszego sprawozdania pilną uwagę. Zbyteczna przytaczać różne odnośne podania chorych, skłonnych często przypisywać wszelką chorobę jakiemuś wpływowi zewnętrznemu, lecz uważam za stósowne naznaczyć, że u kilkunastu chorych dotąd zupełném zdrowiem się cieszących, bardzo dokładnie spostrzeganych, wolnych od dziedziczności, nie przedstawiających żadnych zmian w budowie klatki piersiowéj, pierwsze objawy podmiotowe, które zwróciły na się uwagę chorego, wystąpiły bezpośrednio po narażeniu się na szkodliwość „zaziębienia“. Chorzy ci, którzy dotąd nigdy nie kaszleli, nie doznawali żadnych przypadów ze strony narządu oddychania, jak duszności, kłucia w boku i t. p., poczęli nagle okazywać objawy nieżytu oskrzelowego często wraz z nieżytem krtani i tchawicy, który ich już odtąd nie opuścił, lecz trwając bez przerwy w témże samém nasileniu lub też potęgując się w okresowo występujących eksacerbacyjach, pociągnął za sobą ogólne osłabienie, stan gorączkowy i inne przypady znamionujące głębsze schorzenie, lub też jednym z pierwszych objawów było krwioplucie, bądź polegające na pojawianiu się tylko skąpéj ilości krwi w plwocinach, mniéj lub więcéj często występującém, bądź też na wykaszlaniu odrazu znaczniejszéj ilości krwi. Krwotoki te powtarzały się w różnych odstępach czasu kilkakrotnie i po nich dopiero zaczęły występować na jaw przypady przewlekłego cierpienia płuc. Wreszcie wykazują historyje choroby kilku naszych przypadków, iż bezpośrednio skutkiem „zaziębienia“ rozwi-

nęło się zrazowe zapalenie płuc, z wszystkiemi objawami dławcowego zapalenia płuc, które nie przeszło w zwykłym czasie w rozdzielenie, lecz przewlekając się pociągnęło za sobą, pośrednio czy bezpośrednio, przewlekłe zmiany zapalne miąższu płucnego prowadzące do suchót. Na tém miejscu dotykamy kilku pytań niezmiernéj wagi tak pod względem klinicznym jak anatomo-patologicznym, które wśród rozwoju nauki o suchotach płucnych różnemu uległy tłumaczeniu i dotąd jako sporne i rozstrzygająco niezałatwione uważać należy. Tu należy: 1) znaczenie aityjologiczne krwotoków płucnych*); 2) pytanie czy zwykle zapalenie dławcowe płuc może bądź bezpośrednio, bądź pośrednio doprowadzić do zserowacenia i rozpadu miąższu płucnego; 3) kwestyja możebności rozwoju zmian chorobowych prowadzących do suchót w następstwie prostego nieżytu oskrzelowego. Wprawdzie nie możemy się kusić na podstawie naszych historyj chorób o rozstrzygnięcie tych pytań, lecz uważamy za stósowne przedstawić odnośne przypadki bez uprzedzenia i zaznaczyć, o ileby one za tym lub owym sposobem tłumaczenia przemawiać mogły. Uwagi dotyczące niech będą niczém więcéj jak tylko uwagami epikrytycznemi, które przy każdym klinicznie badanym, pod jakimkolwiek względem ciekawym, przypadku czynić się zwykło. Będziemy przytém uwzględniać odnośne przypadki głównie ze stanowiska klinicznego i tylko tam dotykać szczegółów anatomo-patologicznych, gdzie takowe ściśle i z koniecznością łączą się ze stroną kliniczną.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

*) Omawiane także w ostatnich czasach w piśmiennictwie lekarskiém polskiém przez Sokołowskiego i Dunina.

III. Oceny i sprawozdania.

Die Schrift. **Grundzüge ihrer Physiologie und Pathologie.** *Von* A. Erlenmeyer. *Mit 3 in den Text gedruckten Holzschnitten und 12 lithographirten Tafeln.* Stuttgart 1879. Duża 8ka, str. VI. 72.

Pismo jest skutkiem funkcyi ustroju ludzkiego bardzo zawiłéj, która wiele różnych potrzebuje czynników. Spodziewać się téż można, że pismo w wielu bardzo sprawach chorobowych okazywać będzie zboczenia, zboczenia dla rozpoznania, rokowania i leczenia tém ważniejsze, iż podpadają ocenieniu przez najlepszy nasz zmysł mierniczy t. j. oko, i łatwo dają się porównać nie tylko u różnych ludzi, ale nawet u tegoż samego człowieka w różnych okresach jego zdrowia lub choroby. Zadanie, którego podjął się autor w pracy co właśnie przytoczonéj, tém jest wdzięczniejsze, iż przed nim, o ile nam wiadomo, nikt systematycznie nie zwrócił uwagi ogółu na pismo pod względem lekarskim.

W rozdziale pierwszym swéj rozprawy rozbiera autor fizyjologiję pisania, uważa pisanie wśród odwodzenia za najodpowiedniejsze, przytacza znany z biblijoteki medyjolańskiéj *codex atlanticus Leonarda da Vinci,* pisany lewą ręką w odwodzeniu od strony prawéj ku lewéj, wraz z dowodem historycznym, że słynny ten malarz cierpiał wtedy na porażenie ręki prawéj; następnie rozwodzi się nad pytaniem, czy narody semickie, które jak wiadomo pisały od prawéj ku lewéj stronie, pisały ręką prawą lub lewą i znów na podstawie historycznéj wnosi, że przynajmniéj Hebrajczykowie starożytni pisali ręką lewą wśród jéj odwodzenia, a zatém od prawéj ku lewéj. Z tego wypada, że ośrodek dla mowy u tego narodu znajdował się nie w lewéj, lecz w prawéj półkuli mózgowéj i że afazyja łączyła się u nich z porażeniem połowiczém po stronie lewéj.

Za dalszy dowód, że odwodzenie ręki wśród pisania jak najbardziéj odpowiada potrzebie, przytacza E. tak zwane pismo zwierciadlane, które jak wiadomo (patrz Przegląd Lekarski z roku 1878 Nr. 2) jest obrazem pisma zwyczajnego w zwierciedle prostém i bez porównania jest gładsze i wyraźniejsze od pisma zwyczajnego, dokonanego ręką lewą przez odpowiednich chorych.

Następnie kreśli autor szczegółowo i w sposob bardzo zajmujący mechanikę pisania i wywodzi odmienność pisma u każdego człowieka przedewszystkiém z wpływów psychicznych, przytaczając na to między innemi i ten dowód, że np. ludzie mało wykształceni, do pisania nieprzywykli, kreślą litery duże, kątowate, nierówne, uczeni pisują bardzo często nieczytelnie, a listy kupieckie zwykle tak kaligraficzne odznaczają się brakiem wszelkiego wyrazu.

Z uwagi, że do pisania potrzeba mózgu i ręki czyli czynnika tak psychicznego jak i mechanicznego, dzieli autor zboczenia w piśmie na mechaniczne i psychiczne. Pierwsze odznaczają się błędną formą zewnętrzną bez błędu co do myśli, drugie przeciwnie uchybiają pisowni, językowi i składni.

Zboczenia mechaniczne dzielą się znów na pismo bezładne czyli ataktyczne i na pismo drżące.

Zboczenia psychiczne dzielą się: na przymusowe ze świadomością błędu: agrafija i paragrafija i na dowolne bez świadomości błędu i pismo chorych na porażenie ogólne postępujące.

Zboczenia w piśmie skutkiem kurczu pisarskiego, jeżeli w ogóle pisanie jest możebne, odnoszą się do zboczeń mechanicznych.

Pismo ataktyczne fizyjologicznie pojawia się u dzieci uczących się pisać, patologicznie we wszystkich chorobach, w których nie ma prawidłowéj koordynacyi ruchów do pisania potrzebnych. Tu należą rozlane lub ograniczone zmiany anatomiczne w jednéj lub obydwóch półkulach mózgowych, bezład po ostrych chorobach zakaźnych osobliwie po durze z wysoka gorączką, wiąd pacierzowy oczywiście atoli tylko wtedy, gdy zmiana chorobowa zajmuje część szyjną rdzenia, zatrucie wyskokiem, chloralem, zmęczenie, niektóre formy kurczu pisarskiego.

Pismo ataktyczne odznacza się literami dużemi, mniéj więcéj nieczytelnemi i liniją łukowatą a występuje albo w formie czystéj albo łączy się z pismem drżącém.

Pismo drżące jest następstwem ruchów drżących ręki. Pismo to w formie czystéj jest zawsze czytelne, znajduje się na linii prostéj a cechuje się tém z jednéj strony, że powstaje powoli, rozważnie, że tak powiemy, w przeciwieństwie do nieobrachowanych, szybkich i nadmiernych ruchów pisma ataktycznego, z drugiéj, że jemu wyłącznie są właściwe linije faliste.

Pismo drżące występuje fizyjologicznie u ludzi podeszłych, daléj pod wpływem zimna, patologicznie pod wpływem wyskoku, morfinu, chloralu i nikotynu. Co do wyskoku i chloralu, zasługuje na uwagę, że w odurzeniu temi środkami pojawia się pismo ataktyczne, pismo zaś drżące jest przypadem głodu czyli wstrzymania się od tych trucizn. W ten sposób w różnych okresach zatrucia wyskokiem występuje różne pismo a nawet można otrzymać pismo zwy-

czajne z drżącego przez zadanie małéj ilości wyskoku, gdy większa sprowadza pismo bezładne. Pamiętać należy, że pismo drżące postrzegać można przez długi czas u ludzi odzwyczajonych od wyskoku. W bardzo podobny sposób działają morfin i chloral. Nikotyn zaś przeciwnie tylko w okresie odurzenia daje powód do pisma drżącego.

Pismo drżące pojawia się nakoniec w stwardnieniu wysepkowém *(sclerosis disseminata)* układu nerwowego i w podrywie *(paralysis agitans)* a w połączeniu z bezładem w porażeniu ogólném postępującém u obłąkanych.

Agrafija i paragrafija cechują się przedewszystkiém tém, że chorzy są ich świadomi, a przecież inaczéj pisać nie mogą. Przytém możebne są trzy odmiany: brak koordynacyi mechanicznéj liter czyli agrafija ataktyczna, zapomnienie o optycznych obrazach liter czyli agrafija amnestyczna i niemożność łączenia wyobrażeń z odpowiedniemi znakami piśmiennemi czyli paragrafija.

Pismo u cierpiących na porażenie ogólne postępujące jest następstwem zmiany anatomicznéj w korze mózgowéj, odpowiada zupełnie innym przypadom, odznacza się błędami gramatyki i co do myśli, tak n. p. brakuje lub jest za wiele liter, zgłosek lub wyrazów; występuje we wczesnym okresie choroby, z początku w formie czystéj, późniéj łącząc się ze zboczeniami mechanicznemi.

To wczesne właśnie występowanie zmiany w piśmie ma znaczenie dla rozpoznania a może i leczenia. Wiadomo, że w danym przypadku najważniejszą jest rzeczą rozstrzygnąć, czy przyczyną cierpienia jest kiła lub nie. Trudne to bardzo zadanie, ale to pewna, że w wielu razach skutkują pomyślnie szarucha i jodek potasu. Z własnego zaś doświadczenia przekonał się autor, iż poprawa pisma jest jednym z najwcześniejszych przypadów dowodzących obrotu sprawy ku lepszemu.

Pod względem terapeutycznym zasługuje pismo na uwagę w wyzdrawianiu z ciężkich przypadków duru, jako najlepszy środek do ocenienia postępów rekonwalescencyi. Małemi dawkami azotanu srebrowego (od 2—4 miligramów dziennie) udało się Charcotowi poprawić znakomicie pismo w stwardnieniu wysepkowém.

Oto treść pracy Erlenmeyera. Zawiera ona w zarysie rzeczywiście wszystko, co dziś stanowi fizyjologiję i patologiję pisma. Polecamy ją téż bacznéj uwadze naszych kolegów, jako owoc sumiennych badań, podanych w formie zwięzłéj, praktycznéj, bez niesmacznéj przyprawy za nadto obszernemi cytatami i teoretycznemi wywodami, przez które dzieła uczonych niemieckich tak często stają się niestrawnemi dla lekarzy. Staranne i dokładne tablice litograficzne faksymilijów stanowią ważną część rozprawy, która niewątpliwie skłoni do dalszych poszukiwań na polu dotychczas mało uprawianém. *Domański.*

Sprawozdanie dokładniejsze z niektórych ważniejszych rozpraw mianych na VIII Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie. Podał Dr. Rydygier.

Stósownie do przyrzeczenia mojego podaję niniejszém dokładniejsze streszczenie niektórych ważniejszych wykładów mianych na VIII Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie.

I. Israel (z Berlina) okazuje preparat wrzekomego stawu, który się bez poprzedzającego urazu wytworzył w kości udowéj.

Przebieg tego przypadku w krótkości jest następujący: Mężczyzna 48 lat liczący, nadzwyczaj silny, nigdy nie chorował, nigdy urazu uda nie doznał, nigdy nie upadł ani téż aż do przyjęcia do szpitala obłożnie nie chorował. Służył wojskowo w konnicy, późniéj zarabiał sobie na życie handlem chodząc od wsi do wsi z tłomoczkiem, a więc miał nogi zdrowe. Dopiero na 9 miesięcy przed przyjęciem do szpitala uczuł nieznaczną niedogodność w lewém udzie, mimo tego dźwigał daléj tłomok, a nawet kiedy po 5 miesiącach uczuł znaczniejsze bóle w udzie, nie zaprzestał handlu; dopiero krótko przed przybyciem do szpitala porzucił swoje zatrudnienie. Przybywszy do szpitala mógł jeszcze chodzić, chociaż z trudnością. Górna trzecia część uda lewego była zajęta wielkim guzem wrzecionowatym o nierównéj powierzchni, twardym jak kość. Przy poruszeniach podudzia wyczuwano w guzie krepitacyję kostną. Odnoga o 4 cm. skrócona, na zewnątrz wykręcona. Rozpoznano więc bez trudności złamanie kości udowéj w guzie z dyslokacyją odłamków; górny koniec odłamka znajdował się w tyle. Stósownie do powolnego powstania, bez wszelkiego urazu, rozpoznano złośliwy guz kości udowéj połączony ze złamaniem samoistném. W skutek tego dokonał Langenbeck wyłuszczenia w stawie biodrowym. Niestety przekonano się następnie na preparacie, że nie było ani śladu złośliwego guza, przeciwnie znaleziono zwyczajne złamanie ze znaczną dyslokacyją odłamków i z nadzwyczaj obficie utworzoną kostniną obok nowoutworzonego wybornego stawu wrzekomego. Ani Israel, ani Langenbeck nie mogą sobie przypadku tego wytłumaczyć.

W dyskusyi brali udział Langenbeck, Martini, Küster, Roser, Baum, Schede i Jul. Wolff. Langenbeck opowiedział podobny przypadek dawniéj obserwowany: Oficer 21 lat liczący, grając w kręgle stojąc na prawéj nodze złamał sobie udo. Mimo dobrego leczenia złamanie się nie zrosło. Langenbeck widział po raz pierwszy chorego ze stawem wrzekomym uda, obrzmieniem wielkości główki dziecięcéj na miejscu złamania i skróceniem o dobre 2 cale. Rozpoznanie było niepewne, dla tego rozciągnięto odnogę i założono oprawę gipsową. Po krótkim czasie zrosła się kość bez znaczniejszego skrócenia i chory powrócił do służby.

Martini zupełnie podobny przypadek widział w szpitalu hamburskim: Kobieta 40 letnia przy przewróceniu się w łóżku złamała sobie nogę, powstało znaczne obrzmienie na miejscu złamania. Od odjęcia w udzie wstrzymano się tylko ze względu na złe odżywienie choréj, gdyż zresztą wszyscy byli przekonani, że mają do czynienia ze złośliwym guzem kości. Założono przyrząd rozciągający, z początku guz rósł, ale późniéj w 14 i 15 tygodniu ku wielkiemu zdziwieniu wszystkich zaczął się zmniejszać i nastąpił zrost złamania.

Küster zwraca uwagę na to, że w niektórych z tych przypadków rzeczywiście może był nowotwór złośliwy, a mimo to późniéj nastąpiło zrośnięcie złamanéj kości. W ten sposób przynajmniéj tłumaczy sobie przypadek w 1876 r. spostrzegany: Kobieta cierpiała na raka sutka i macicy, przy przewróceniu się w łóżku złamała udo; małe obrzmienie, rozpoznanie złośliwego nowotworu. Mimo to chora się wyleczyła.

Roser widział podobny przypadek raka sutki ze złamaniem podudzia i w tym przypadku wyleczenie nastąpiło wbrew wszelkiemu oczekiwaniu.

Baum widział przy raku sutka złamanie żebra, spodziewał się tamże raka; badanie pośmiertne wykazało, że nie było ani śladu raka.

Schede zapytuje, czy może te przypadki nie mają

związku ze zniekształcającém zapaleniem kości, po którém nieraz zupełne zmiękczenie kości następuje.

II. Esmarch (z Kielu) o sposobie przeciwgnilnym na polu bitwy.

Doświadczenia Bergmanna i Reyhera w ostatniéj turecko-rosyjskiéj wojnie stały się przyczyną, że E. zajął jeszcze raz głos w przedmiocie, o którym już na V. Zjeździe był mówił. Pokrótce streszcza najprzód dawniejszy swój wykład: 1) Na polu bitwy nie można wprawdzie ściśléj oprawy przeciwgnilnéj zakładać, mimo to nie powinni lekarze nigdy zapominać zasad oprawy przeciwgnilnéj i trzymać się zasady: „tylko niczém nie zaszkodzić.“ 2) Doświadczenie uczy, że nawet wielkie rany postrzałowe nieraz pod oprawą szczelną (*Occlusiv-Verband*) bez zapalenia i ropienia się goją, jeżeli się ich tylko następnie nie zakazi. Należy się więc wystrzegać wszelkiego niepotrzebnego badania nieczystemi palcami, zgłębnikami itd., a ranę pokryć przeciwgnilną oprawą, którąby z krwią téjże utworzyła suchy przeciwgnilny strup, nie zaś brudną skubanką. Powodując się temi zasadami kazał E. bandażyście Beckmannowi w Kielu urządzić „paczki przeciwgnilne,“ które przedkłada jako wzór. Ubolewa nad tém, że nowy niemiecki przepis wojenno-sanitarny z r. 1878 nie uwzględnił jego propozycyi i zamiast oprawy przeciwgnilnéj zaleca 15 grm. skubanki dla każdego żołnierza. Uznaje trudność utrzymywania potrzebnych do oprawy przeciwgnilnéj materyjałów dla wojska przeszło milijon żołnierza liczącego, ale zdaje mu się, że nie jest to niemożliwém. Paczki opatrunkowe przeciwgnilne E. zawierają: 1) Chustkę trójkątną z taniéj bawełny ze szpilką bezpieczeństwa. 2) Opaskę gazową krochmaloną, 2 metry długą, 11 cm. szeroką, także ze szpilką. 3) Dwie paczki z juty salicylowéj owinięte w gazę salicylową. Te przedmioty są zawinięte w mocny papier pergaminowy i tworzą czworobok 12 cm. długi, 9 cm. szeroki i 2 cm. gruby.

Następujące rozumowanie skłoniło E. do ułożenia takiéj a nie innéj paczki: 1) Większa część ran, mianowicie tych, które późniéj są przedmiotem leczenia zachowawczego, są to rany postrzałowe karabinowe z 1 lub 2 otworami. 2) Większa część nie krwawi znacznie, ani długo ani na zewnątrz. 3) Wydzieliny rany pozostają nieznacznemi, jeżeli rana pozostanie bezgnilną. 4) Bezgnilnemi pozostaje dużo ran nawet ciężkich, jeżeli utworzy się na otworach strup bezgnilny. 5) Przedmioty zanieczyszczone (np. skubanka) nie zdatne są w połączeniu z krwią do utworzenia strupa bezgnilnego. 6) Paczka przeciwgnilnéj juty lub waty przyłożona do świeżéj rany wytwarza często i łatwo suchy strup zapobiegający zanieczyszczeniu rany. 7) Paczka waty lub juty zawinięta w gazę salicylową dłużéj zatrzymuje swoją własność przeciwgnilną, niż wata karbolowa lub inne lotne środki przeciwgnilne. (Zgadza się także na chlorek zynku Bardelebena, kwas borowy Küstera lub octan glinowy Fischera). 8) Zawinięcie w papier firnisowy paczek waty, a całéj paczki opatrunkowéj w mocny papier pergaminowy zapobiega jéj zanieczyszczeniu (przez deszcz, kurzawę itp.) 9) Paczki opatrunkowe należy wszyć w mundur tam, gdzieby nie przeszkadzały (np. w poły surduta) albo podzieliwszy je na 2 części wszyć w piersiową część surduta zamiast waty. 10) Opaska wystarczy do przymocowania juty na każdém miejscu ciała. 11) Pomiędzy watą a opaską kładzie się kawałek papieru pergaminowego. 12) Chustka służyć może do lepszego przymocowania oprawy; głównie jest przeznaczona do ustalenia zranionéj części ciała; musi więc być przynajmniéj tak wielką, żeby wystarczyła na mitelę. 13) Jeżeli w ten sposób każdy żołnierz zostanie zaopatrzony, natenczas nie wyczerpną się tak prędko zapasy, bo i od zabitych będzie można brać paczki przeciwgnilne. 14) Do założenia takiéj oprawy nie jest wcale podług E. potrzebna dokładna znajomość zasad przeciwgnilnych, jak to twierdził Küster [1]), nie wymaga téż ona wiele czasu, pozostaje go więc dosyć do ustalenia zranionych członków i do innych natychmiast koniecznych operacyj.

Celem przekonania się o praktyczności tych zasad wysłał E. asystentów swoich do Rumunii, lecz nie mieli sposobności do badań. (W podobnym celu i ja do Warszawy wyjechałem z polecenia Hütera, ale także nie znalazłem sposobności do odpowiednich badań.) Tém większego znaczenia nabierają sprawozdania Reyhera [2]) i Bergmanna [3]), które wykazują, że daleko większa ilość ran postrzałowych kości i stawów goi się pod strupem bezgnilnie, jak się spodziewano. Nawet obecność brudnych kawałków sukna głęboko w ranie tkwiących nie jest przeszkodą, żeby nieraz po natychmiastowém szczelném zamknięciu rany nastąpił bezgnilny przebieg gojenia się rany.

(Dokończenie nastąpi.)

H. Kadyi: **O gruczołach tarczykowych dodatkowych w okolicy gnykowéj.** Rozprawy wydziału IIgo Akademii umiejętności w Krakowie Tom VI, 1879.

H. Kądyi: **Über accessorische Schilddrüsenläppchen in der Zungenbeingegend.** *(Glandula praehyoides et suprahyoides). Archiv f. Anatomie* 1879.

E. Zuckerkandl: **Über eine bisher noch nicht beschriebene Drüse in der Regio suprahyoidea.** Stuttgart 1879.

Równocześnie dwaj anatomowie zwrócili uwagę na gruczoły, które znajdowali około trzonu kości gnykowéj dosyć często. K. bowiem badając w tym względzie 68 zwłok u dziesięciu znalazł takowe, a Z. napotykał je u dorosłych w 27%, u noworodków zaś w 30% przypadków. Te gruczoły gnykowe co do utkania zupełnie się zgadzają z gruczołem tarczykowym a nawet zwykle okazują właściwe gruczołowi tarczykowemu zmiany patologiczne, jako to przemianę koloidową i zwyrodnienie torbielowate, pomimo, że nie możnaby je uważać jako części oderwane od właściwego gruczołu tarczykowego. Są bowiem zwykle przyrośnięte do górnéj lub przedniéj powierzchni trzonu kości gnykowéj między przyczepami mięśni bródko-gnykowych *(m. geniohyoidei)*, leżą więc powyżéj mięśnia żuchwo-gnykowego *(m. mylohyoides)*, podczas gdy środkowy płat gruczołu tarczykowego *(cornu medium)*, choćby jak najwyżéj sięgał, zachodzi poza trzon gnykowy i pozostaje zewnątrz przepony ustnéj *(diaphragma oris)*. Chociaż autorowie nie przedsiębrali obszerniejszych badań porównawczych i embryjologicznych, nie wątpią jednak, że zachodzi pewien rozwojowy związek między temi gruczołami gnykowemi i gruczołem tarczykowym, a mianowicie, że wykazanie ciałek utkania gruczołu tarczykowego na trzonie gnykowym oznacza przynajmniéj bliskie sąsiedztwo gruczołu tarczykowego z kością gnykową w pewnych okresach rozwojowych.

---

[1]) *Fünf Jahre im Augustahospital p. 28.*

[2]) *Die antiseptische Wundbehandlung in der Kriegschirurgie. Volkmann's Hefte Nr. 149—143.*

[3]) *Die Behandlung der Schusswunden des Kniegelenks im Kriege. Stuttgart 1878*

Jakkolwiek K. i Z. gruczoły gnykowe znajdowali zwykle w wielkości ziarnka prosowego a najwięcéj bobu, bardzo łatwo być może, że te gruczoły w rzadszych przypadkach mogą dojść do znaczniejszych rozmiarów i uchodzić wtedy jako nowotwory lub téż rzeczywiście ulegając zmianom patologicznym stać się takowemi. Znając więc gruczoły gnykowe patologowie będą mogli wyświecić początek przynajmniéj niektórych obrzęków pojawiających się w okolicy podjęzykowéj, które dziś jeszcze w braku téj znajomości wszystkie oznaczamy ogólném mianem „ranula". *H. K.*

Dr. Personne. **O składzie i własnościach żelaza przesączonego.**

Żaden środek leczniczy nie poszczyci się taką ilością przetworów aptecznych jak żelazo. Co lat kilka spotykamy się z natrętnemi inseratami po dziennikach politycznych i lekarskich o nowym, niezawodnym, jedynie racyjonalnym przetworze żelezistym: aptekarze, lekarze, a wreszcie cała blada publiczność zaleca i poleca je sobie i drugim, nim jakaś *haute nouveauté* nie przyjdzie zdetronizować zdyskredytowanego już współzawodnika, aby niezawodnie za lat kilka tegoż samego doczekać się losu.

Ciecz żelaza przesączonego (*ferrum dialysatum solutum*) przyrządzona przez Dra Bravais, odpowiadając wymogaiom poglądów teoretycznych, weszła w codzienne użycie praktyki lekarskiéj; aptekarze wszystkich krajów naśladowali przetwór Brawego, i obecnie w każdéj aptece znajduje się ona pod firmą własnego wyrobu. Nie uspokojony słowami etykiety Dr. Personne zbadał płynne żelazo przesączone co do jego składu i własności i doszedł do następujących wyników, które zakomunikował Akademii Lekarskiéj w Paryżu na sierpniowém posiedzeniu zeszłego roku. Badacz ten twierdzi, że przetwór w mowie będący nie jest istotną cieczą, gdyż nie przesącza się przez błonę zwierzęcą, że okazy uznane w handlu za najczystsze zawierają 6,73 chlorku żelaza i 0,76 siarkanu żelaza, czyli 7,49 ciał obcych; co do własności tego przetworu, to daje on z kwasami bez względu na stopień ich stężenia lub rozwodnienia osad obfity; ciecz słona, np. rozczyn soli kuchennéj strąca również obfity osad z płynów przesączone żelazo zawierających; osad ten jest zupełnie nierozpuszczalny w soku żołądkowym, ze względu na jego kwaśny odczyn strąca się osad żelaza przesączonego tak samo, jak w epruwetce Dra Personna; wstrzyknąwszy do żołądka psa przesączone żelazo w czasie trawienia i następnie otworzywszy jego wnętrzności, znalazł Personne całą ilość żelaza strąconą, i przylegającą do ścian żołądka i papki pokarmowéj pod postacią kłaczków tlenku żelaza; natomiast w odcedzonéj cieczy żołądkowéj niemógł wykryć żelaza. Powyższe wyniki doświadczalne są w zupełnéj zgodzie z własnościami chemicznemi żelaza przesączonego, a że „*corpora non agunt nisi soluta*", przeto bezskuteczność jego lecznicza nie pozostawia wątpliwości.

Powyższe uwagi Dra Personne uzupełnił Prof. Berthelot krótkiém lecz dosadném orzeczeniem: „gdybym się znalazł w potrzebie zastósować lek, któryby nie miał wywrzeć na ustrój żadnego wpływu, poleciłbym żelazo przesączone". (*Journal de thérapeutique* Nr. 17). *Dr. A. Kwaśnicki.*

R. H. Goolden: **O miejscowém stósowaniu gazu tlenu na powierzchnie wrzodziejące.**

Autor stósował tlen w kilku przypadkach zapalenia ust wrzodziejącego (*stomatitis ulcerosa*). W jednym z tych przypadków, który autor szczegółowo opisuje, zajmowała sprawa chorobowa nietylko błonę śluzową dziąseł, ale doprowadziła do zniszczenia częściowego języka i łuków podniebiennych, tudzież wytworzenia rozległych owrzodzeń na błonie śluzowéj tylnéj ściany gardziela; kiłę w tym przypadku stanowczo wykluczono.

W tym celu kazał chorym wdychiwać gaz tlenu otrzymany zwykłym sposobem przez działanie nadniedokwasu manganu na chloran potasowy zebrany w gazometrze. Aby zapobiedz wdychaniu powietrza do gazometru, połączył z rurką przewodnią tegoż worek kauczukowy nieco większych rozmiarów, którego ujście do rurki przewodniéj gazometru opatrzył odpowiedniemi wentylami, tak iż chory wdychał każdorazowo tlen z gazometru, wydychany zaś gaz musiał wchodzić do worka kauczukowego.

Przy tym sposobie leczenia zauważył autor skutki bardzo pomyślne, w krótkim czasie oczyściły się owrzodzenia, dotąd zgorzelinową masą pokryte i przybrały cechę wrzodów czystych z dążnością do gojenia się. We wszystkich przypadkach miało nastąpić rychłe zagojenie i zabliźnienie się wrzodów.

Do doświadczania tego sposobu leczenia skłoniła autora ta okoliczność, iż stósowanie miejscowe dymów otrzymanych przez prażenie niedokwasu rtęciowego na płycie żelaznéj rozżarzonéj do białości, sprowadza w rzeczoném cierpieniu nieraz wyniki pomyślne, gdy tymczasem używanie przetworów rtęciowych wewnętrznie lub wcieranie szaruchy okazują się wprost szkodliwemi. Sądzi on, że i przy tym sposobie leczenia czynnikiem działającym jest wolny tlen „*in statu nascenti*" wytworzony przez rozkład niedokwasu rtęci na tlen i rtęć metaliczną, ulatniającą się w skutek wysokiéj ciepłoty. Rtęć przytém opada w bliskości płytki żelaznéj przechodząc w stan ciekły, gdy tylko sam gaz tlenu dostaje się do jamy ustnéj i gardła i jemu wyłącznie przypisać należy pomyślne skutki lecznicze. (*the Lancet* Nr. 17, T. II, 1879). *Pon.*

Brault: **O leczeniu trądzika rumianego** (*acne rosacea*).

Na podstawie 8-letniego doświadczenia autor podaje następujący sposób leczenia trądzika rum. Poleca on codziennie rano obmywanie twarzy gorącą wodą, albo téż stósuje na twarz przez 4 do 5 dni z rzędu po sobie następujących tusze parowe. Tusze te w początkach cierpienia nie są koniecznemi. Wieczór wymywa się twarz następującym rozczynem:

Rp. Aquae destillatae 250.00
Flor. sulphur. lotor. 30.00
Spirit. camphor. 8, 10, 12 albo 15 grm. stósownie do potrzeby.

Najlepiéj jednak jest rozpoczynać od 10.00 postępując następnie do 15.00; u kobiet z wrażliwą skórą *Spiritus camphor.* może być zastąpionym przez *Aether sulphurico-camphor. (l'éther sulfurique camphré)* w dawce od 10—15 grm Po zastósowaniu powyższego rozczynu wyskok lub eter ulatnia się, skutkiem czego skóra pokrywa się delikatną powłoczką proszku siarki z przymieszką drobnych kryształków kamfory. W tym stanie pozostawia się skórę do rana dnia następnego, poczém obmywa się po raz wtóry twarz wodą gorącą; przed obmyciem jednak dobrze jest zwilżyć nieco twarz gąbką, unikać jednak należy wszelkiego tarcia. Oczy

podczas tego postępowania powinny być zamknięte. Po obmyciu twarzy wodą gorącą namaszcza się twarz pomadą:

Rp. Axungiae 30.00
Zinci oxydati pulv. 2.00 3.00

Maść ta zastósowana po każdém ranném obmyciu wodą gorącą zapobiega ekskoryjowaniu się skóry. Po czterodniowém leczeniu postrzega się znaczne zmniejszenie guzków i czerwoności skóry, ósmego dnia przebija już miejscami skóra zdrowa. Po szóstym dniu leczenia należy zrobić jednodo dwudniową pauzę, poczém rozpoczyna się takowe na nowo. W początkach leczenia pojawia się pieczenie, jako objaw podrażnienia skóry, które w przeciągu kilku dni przemija. Leczenie trwa zazwyczaj do dziesięciu tygodni. Chcąc jednak zapobiedz powrotom choroby, należy kontynuować obmywania twarzy wodą gorącą dwa razy dziennie tj. rano i wieczór, unikać należy używania w znacznéj ilości napojów wyskokowych i wpływów ostrego lub téż zbyt ciepłego powietrza. Pożądanym zaś jest mierny ruch. (Z wykładów prof. Hillaireta, *Annales de Dermatologie et de Syphilographie.* T. X. Nr. 4, 1879). *Dr. Zarewicz.*

Rendu J.: **O odosabnianiu ospowatych.**

Lekarz szpitalu w Lyonie Rendu za rozprawę: *De l'isolement des varioleux à l'etranger et en France à propos de l'epidemie de Lyon pendant les années 1875—1876* otrzymał aż dwie nagrody *Prix Montyon* od paryskiego Wydziału Lekarskiego i *Prix Bréaut* od Akademii nauk. Opisał on nader dokładnie epidemiję ospy w Lyonie i opracował umiejętnie wszelkie szczegóły odnoszące się do powstania i rozszerzenia zarazy. Zasięgnął też zdania co do przedmiotu, który go zajmował, wielu światłych lekarzy Europy, Ameryki i Azyi,—pracę więc jego uważać można za wynik rodzaju ankiety. Na podstawie swych dochodzeń i zdań innych lekarzy gorąco przemawia za szczepieniem i odosabnianiem chorych na ospę. Co do sposobu wykonania tego ostatniego w dużych miastach jest zdania: 1) że sale oddzielne dla ospowatych w ogólnych szpitalach są niewystarczającemi; 2) szpitale dla chorób zakaźnych dobrze urządzone mogłyby odpowiadać zamierzonemu celowi, gdyby pawilony były zupełnie odosobnione i każdy osobną służbę posiadał, którąby się ze służbą innych pawilonów nie znosiła. Urządzenie jednak takie napotyka na trudności pod względem zarządu i pociągałoby za sobą znaczne koszta, których w miastach nawiedzanych tylko bardzo wyjątkowo innemi chorobami zaraźliwemi prócz ospy można uniknąć; 3) pawilon dla ospowatych oddzielny od innych pawilonów ogólnego szpitala odpowiadałby zupełnie celowi, gdyby zachowano potrzebne warunki. Za takowe uważa Rendu: *a*) oddalenie od innych pawilonów przynajmniéj na 100—200 metrów, *b*) otoczenie murem wysokim, *c*) osobny ogród, osobną pralnię i osobną łazienkę, własną bieliznę, kuchnię i osobną służbę utrzymującą z osobami po za szpitalem najnieodzowniejsze tylko stosunki. W takich warunkach byłby to więc szpital mały obok dużego. Pomieszczenie jednak takiego szpitaliku i zarząd jego natrafiłyby na prawie niepokonane trudności i nie możnaby go urządzić obok już istniejących szpitali. 4) Najlepiéj celowi odpowiadającém a względnie do poprzedniego systemu nie drogiém jest urządzenie odrębnego szpitala wyłącznie dla ospowatych przeznaczonego, któryby z żadnym innym szpitalem w związku nie zostawał. (*Vierteljahrsschrift f. oeffent. Gesundhtspflege.* 1879, IV, 2). *K. Gr.*

Wiadomości pomniejsze.

Przeciwzimnicze własności pilokarpinu. Za przykładem Rokitanskiego i Griswolda stósował prof. Picot z Bordeaux pilokarpin przeciw zimnicy, a otrzymane przezeń wyniki są tak korzystne, że w obec wysokiéj ceny chininu, zdaje się, że pilokarpin wejdzie w powszechne użycie jako środek przeciwzimniczy. Już po małéj dawce 0,01—0·015 azotanu pilokarpinu, stósowanego podskórnie, spostrzegał Picot nietylko ustanie napadów, lecz zupełne i doszczętne wyleczenie ze zmniejszeniem się obrzęku śledziony. *(Journal de Thérapeutique Nr. 22).* *A. Kw.*

* Dr. Dufau (w *Le Courier médical* 1879 z maja i czerwca) zachwala wyciąg lub syrop z ziarn kukurudzy *(zea mais)* jako skuteczny w chorobach pęcherza moczowego, zwłaszcza w nieżycie przewlekłym i w kamicy. Wszystkie przypadłości chorobowe, jak ból, moczenie utrudnione, wydzielanie żwiru, woń amonijakalna moczu, ustępować mają szybko po użyciu tego środka, nawet wtedy, gdy inne środki moczopędne niedopisały. D. stósuje środek ten w wyciągu lub syropie (po łyżce 3—4 razy dziennie). *(W. med. Bl.* 1879, 51).

* Prof. Manassein robił w klinice swojéj doświadczenia z chloralem na suchotnikach, po największéj części w ostatnim okresie choroby znajdujących się. Podawał im wieczorem po 1·5 grama chloralu sproszkowanego w opłatku, a po zażyciu szklankę wody. Pokazało się, że we wszystkich przypadkach nastąpił sen spokojny a po przebudzeniu się chorzy mieli się dobrze i nie uskarżali się na żadne przypadłości. M. twierdzi więc, że w suchotach płucnych chloral stósować można przeciw bezsenności, zwłaszcza gdy środek ten zmniejsza poty i podtrzymuje ciężar ciała. *(D. med. Woch.).*

* Dr. Andresse podaje, że w leczeniu dyftery bardzo skutecznėm okazało się w jego praktyce przyżeganie miejsc zajętych chlorkiem wapna. Pół łyżeczki tego środka po dodaniu kilku kropel wody zamienia w ciasto płynne, a tampon niém napojony wprowadza do przełyku i tuszuje mocno błony dyfterytyczne pozostają na tamponie a woń smrodliwa ustaje zazwyczaj po pierwszém zatuszowaniu. Ponieważ śród tuszowania nieco płynu dostaje się do gardziela i tchawicy, występuje zaraz kaszel i wymioty. W razie potrzeby można 4 razy dzien nie tuszować. *(W. med. Woch.* 1879, Nr. 51).

ss) Z rozprawy Dra Weissa o krwotokach pępkowych u noworodków wyjmujemy następujące wskazówki terapeutyczne: Przyżeganie żelazem jest niebezpieczne, kamień piekielny nie wystarcza chyba w połączeniu z uciskiem, sam ucisk (palcem, naparstkiem i t. p.) jest mozolny i może wywołać obumarcie tkanek; najlepiéj używać do uciskania kompresików stopniowanych, korka, szarpi lub gąbki prasowanéj i to w połączeniu z środkami ściągającemi. Sucha bawełna napojona półtorachlorkiem żelaza oddaje bardzo dobre usługi. Do przytwierdzenia opatrunku najlepsze są taśmy gutaperczane. W celu wywarcia tém bezpieczniejszego ucisku można pomiędzy warstwy kompresu włożyć kawałek korka przykrojonego w postaci tarczy. Po uśmierzeniu krwotoku można stósownie do okoliczności podawać różne środki: przeciw zapadowi *analeptica*, w razie istniejącéj znacznéj niespokojności lub kaszlu $^1/_2$ kropli *tinct. opii* w mięszance, przeciw drgawkom i napadom kurczów letnie kąpiele i chloral w lewatywie. *(W. med. Blätter* Nr. 52. 1879).

Konopie indyjskie przeciw połowiczemu bólowi głowy *(hemicrania).* Seguin w rozprawie ogłoszonéj w *New-York medical Record* zaleca ten środek przeciw migrenie. Za-

sadą tego leczenia jest utrzymanie układu nerwowego pod łagodnym wpływem leku przez dłuższy przeciąg czasu, czyli innemi słowy należy używać tego leku przez czas dłuższy tak, jak się używa bromku potasu w padaczce. Kobietom zadaje wyciąg wyskokowy konopi indyjskich *(extr. cannab. ind. alc.)* po 2 centigramy przed każdém jedzeniem, a po kilku tygodniach zwiększa dawkę do 3 centigramów. U mężczyzn można zaczynać od 3 centigramów i dojść do 4 centigr. po 2 lub 3 tygodniach.

Dawek tych używać należy jak najregularniéj, jak bromku potasu w padaczce, a rozpoczynając leczenie należy wymódz na pacyjencie obietnicę, że będzie brał ten lek regularnie przez trzy miesiące. (A. Bouchardat. *Ann. de thérap. 1879*). *P.....i.*

Leczenie pląsawicy wstrzykiwaniami podskórnemi rozczynu Fowlerowskiego. Dr. Perroud posługuje się tą metodą od r. 1875; wyniki jakie otrzymał lugduński pedijatra zebrał i ogłosił Dr. Garin w osobnéj rozprawie. Dr. P. używa strzykawki Pravaza i zastrzykuje raz dziennie, lub téż co drugi dzień, po 4 lub 5 kropel rozczynu Fowlera w pobliżu tych mięśni, które najwięcéj ulegają rzucaniom pląsawiczym; tylko w wyjątkowych przypadkach powstawać mają małe stwardnienia w miejscu zastrzyknięcia, bólu zaś nigdy nie spostrzegał. Rychłe polepszenie się jest następstwem niezawodném tego leczenia, a obok zmniejszających się objawów pląsawicy, polepsza się stan ogólny chorych i zwiększa się ciężar ich ciała. Na 29 przypadków 16 zakończyło się wyleczeniem zupełném po 32 dniowém (średnio) leczeniu, i zastósowaniu średnio po 18 wstrzyknięć; chorzy nie używali innych leków, a choroba nie była tak zadawnioną, jak u reszty 13, z których 10 wyzdrowiało przy używaniu i innych leków, prócz wstrzykiwań, które wypadało o wiele dłużéj stósować. Powyższe uwagi pouczają, jak odmienném jest rokowanie przy pląsawicy świeżéj i zadawnionéj, na co d'Aran i Ziemssen już dawniéj zwrócili uwagę. *(Journal de Thérapeutique Nr. 16).* *A. Kw.*

ss) Annuschat stwierdził doświadczalnie na zwierzętach, że jodek potasu przyspiesza w trójnasób wydzielanie ołowiu z ustroju. W ten sposób jodek potasu może być bardzo pożyteczny w ołowicy. *(Arch. f. exper. Path.* T. X).

* Otrucie gazem świetlnym. Jako przyczynek do literatury tego otrucia, zestawionéj przez kol. Feigla we Lwowie, w rozprawie z któréj w swoim czasie zdaliśmy sprawę, posłużyć może przypadek, spostrzegany przez Dra Reutera w Norymberdze w listopadzie 1877 r. Dwie siostry, sędziwe wdowy mieszkały w dwóch pokojach parterowych, z których okna wychodziły na ulicę brukowaną. Jedna z sióstr już wieczorem miała napad bezprzytomności, co uważano za udar. Nad ranem znaleziono jednę z nich bez życia a drugą konającą; w pomieszkaniu świeciła się lampka nocna na stole. R. zawezwany poczuł woń gazu świetlnego i oświadczył się za têm otruciem pomimo, że w pomieszkaniu rury gazowéj wcale nie było. Dochodzenie wykazało, że w rogu jednéj izby znajdowała się rura gazowa, przeprowadzona od ulicy do górnego piętra, a rura ta okazała się uszkodzoną w odległości jednego metra od pokoju sypialnego na ulicy pod brukiem. Sekcyja i badanie widmowe krwi potwierdziły przypuszczenie otrucia gazem świetlnym, z czego wynika, że gaz z pod bruku musiał się dostawać do pomieszkania zwolna, skoro już dniem wprzódy u jednéj z kobiet objawy chorobowe wystąpiły. *(Friedreichs Bl. f. g. M.* 1880, I, str. 54).

Bouchut. Względna nieszkodliwość fuksynu. B. czynił doświadczenia nad têm, o ile fuksyn szkodzi zdrowiu, zadając go według zalecenia Bergerona, Cloqueta i Feltza dzieciom od 3 do 14 lat przeciw przewlekłemu białkomoczowi z najlepszym skutkiem dziennie po 5—25 cgrm. Chorzy brali 2—16 grm. nie doznając żadnych w ogóle niedogodności, mianowicie niedoznając dolegliwości żołądkowych. *(D. m. W.* 1879, Nr. 52). *K. Gr.*

IV. Listy z Warszawy.

I.

Wydział lekarski warszawski. — Nowi profesorowie. — Towarzystwo lekarskie warsz. — Nowomianowany redaktor Pamiętnika. — Postanowienie wydrukowania katalogu biblijoteki. — Czasopisma „Zdrowie" i „Kronika Lekarska". — Ostatnie posiedzenie podkomitetu sanitarnego.

W wydziale lekarskim tutejszego Uniwersytetu zaszły w ostatnich czasach zmiany, które na zaznaczenie zasługują. Opróżnione dwie katedry po śmierci Girsztowta i Fudakowskiego — chirurgii i chemii lekarskiéj — długi czas nie były zajęte. Radzono sobie zastępstwami w taki sposób, iż klinikę po Girsztowcie objął Kosiński (tak zwaną wydziałową), a dyrektorem kliniki t. zw. szpitalnéj, opróżnionéj po tym ostatnim, został Jefremowski, który poprzednio tylko chirurgiję teoretyczną wykładał. Chirurgiję operacyjną wykładał zastępczo prof. nadzw. anatomii opisowéj Czausow. Obecnie zamianowano docentem tego przedmiotu niejakiego Taubera, człowieka młodego, do niedawna asystenta jakiejś kliniki petersburskiéj; jest on pomimo swojego nazwiska niemieckiego wyznania prawosławnego, a imię jego dotychczas nam znaném nie było. Zdaje się, iż posiada on przeważnie znajomości teoretyczne; dla dania mu sposobności wykształcenia się w kierunku praktycznym, ustanowiono go natychmiast konsultantem w szpitalu wojskowym na Ujazdowie.

Chemiję lekarską po śmierci Fudakowskiego wykładał zastępczo przez cały rok szkolny zeszły Nawrocki (profesor fizyjologii); od początku bieżącego roku uczy tego przedmiotu w charakterze docenta nowo przybyły Szałfiejew. Dostał on się na katedrę w taki sposób, iż Rektor Uniwersytetu (obecnie jest nim Błagowieszczeński) oddał do opinii jednego z profesorów fakultetu lekarskiego pracę napisaną przez niego w jedném z pism specyjalnych i skutkiem dobréj o tym artykule opinii przedstawiono go na docenta. Czy zastąpi on nam Fudakowskiego, przyszłość to wykaże. Zapominać nie należy, iż Fudakowski nie tylko jako profesor czynność i energiję swoją roztaczał; był on bardzo czynnym członkiem naszego Towarzystwa lekarskiego i dużo zajmował się sprawami higijeniczno-chemicznemi, bardzo gorąco nasze społeczeństwo obchodzącemi; znane są liczne jego prace na têm polu.

Klinik terapeutycznych mamy dwie: tak zwaną wydziałową, któréj dyrektorem jest Duszan Lambl i szpitalną prowadzoną przez Lewitskiego. Pierwszy z nich jest właściwie anatomem patologicznym i znane są jego prace na têm polu, w dawnych czasach dokonywane, mianowicie w patologii kości. Pod przewodnictwem jego wprawiają się studenci więcéj w rozpoznawanie chorób aniżeli w ich leczenie, które dosyć jest przez niego zaniedbane. Na terapiję więcéj zwracał uwagę Lewitski, który sobie w rzeczy saméj dużo trudu zadawał; ale wydział nasz lekarski szczęścia nie ma, bo oto ten Lewitski, który w obec takiego stanu rzeczy tak bardzo był dla naszych przyszłych kolegów użytecznym, ciężko zaniemógł na cierpienie uporczywe, chroniczne, połączone z po-

rażeniem odnóg dolnych i nietylko że nie jest zdolnym dzisiaj do wykładu, ale przewidzieć trudno, kiedy i czy kiedykolwiek będzie mógł klinikę prowadzić. Proponowano skutkiem tego rozmaitym profesorom, żeby zastępstwo przyjęli, ale nikt takowego podjąć się niechciał, więc tak urządzono, iż tenże sam Lambl 3 dni w tygodniu jednę klinikę, a trzy dni drugą prowadzi. Obawiać się należy, żeby smutny ten stan rzeczy zbyt długo się nie przeciągał.

Pomimo takiego niepowodzenia natłok na wydział lekarski jest ogromny, połowa studentów uczęszczających do Uniwersytetu przypada na adeptów medycyny, a na pierwszy kurs w bieżącym szkolnym roku nie mniéj niż 150 studentów się zapisało. Bardzo wielki procent pomiędzy niemi jest starozakonnych. Dawniéj wielu bardzo przybywało prawosławnych, zwłaszcza synów popów z Rosyi, którzy zachęceni wielką ilością wydawanych stypendyjów, studyja medyczne tu rozpoczynali; ale wkrótce pokazało się, iż pomiędzy nimi mało było odpowiednio wykształconych, zarządzono skutkiem tego ścisłe egzamina i wędrówki te ustały, a przynajmniéj w znacznéj części się zmniejszyły.

Prawo nakazuje, żeby każdy profesor, który 25 lat wykładał, podlegał głosowaniu i żeby grono profesorów wydziału decydowało, czy można mu jeszcze na lat pięć zostawić katedrę. Takiemu głosowaniu podlegało dwóch profesorów w tym roku: Tyrchowski wykładający akuszeryję i Kryszka profesor farmakologii. Pierwszy z nich jest autorem podręcznika o akuszeryi bardzo u nas rozpowszechnionego, a drugi był w chwili otwarcia Akademii medyko-chirurgicznéj naczelnym lekarzem szpitala św. Rocha, ponieważ zaś wydał był przedtém „Mechanikę życia ludzkiego", dzieło dedykowane ówczesnemu kuratorowi okręgu naukowego Muchanowowi, więc uważano to za dostateczną kwalifikacyję na profesora fizyjologii i katedrę tę początkowo mu powierzono. Ale nie długo piastował tę godność, gdyż po roku już odstąpić jéj musiał i przerzucił się wtedy do farmakologii, którą też spokojnie od lat 19 wykłada. Spokój ten zakłócony był na chwilę przez wspomniane wyżéj głosowanie, ale tylko na chwilę, gdyż wypadło ono pomyślnie dla niego (tak jak i dla Tyrchowskiego). Wykład zatém farmakologii przez lat pięć zmianie żadnéj nie ulegnie.

Według statutu Towarzystwo lekarskie obowiązującego, na jedném z posiedzeń październikowych załatwiać się mają wszystkie sprawy mające związek z wydawnictwem Pamiętnika naszego Towarzystwa. Ponieważ Redaktor Pamiętnika wybierany bywa na lat trzy, a w roku bieżącym trzechlecie się skończyło, więc też przystąpiono do wyboru. W miejsce Dobrskiego wybrano Klinka, znanego z licznych prac na polu syfilidologii i dotychczasowego sekretarza dorocznego Towarzystwa; wybór ten tylko pochwalić można i nie wątpimy, że pod kierunkiem tak zdolnego i energicznego pracownika pismo to wysoko bardzo stanie. O Pamiętniku tym i o charakterze pisma peryjodycznego, jaki chcą mu koniecznie nadać, wypowiedzieliśmy już dawniéj swoje zdanie, nie będziemy go tu powtarzać. Obecnie zadecydowano pewną zmianę, która na uwagę zasługuje, a mianowicie: zaraz po przyjęciu protokółu posiedzenia będzie on w oddzielnych odbitkach członkom Towarzystwa i prenumeratorom rozsyłany. Niezależnie od tego przy każdym zeszycie Pamiętnika (wychodzi ich cztery rocznie) te same protokóły załączane będą. Więc pocóż ta podwójność? zapytacie się. Oto dla tego, żeby nie trzeba było czekać 2 lub 3 miesiące na protokóły, lecz żeby je mieć w krótszym przeciągu czasu. Według nas jestto zupełnie niepotrzebne; treściwe sprawozdania z czynności Towarzystwa podają pisma lekarskie tygodniowe, a czy oficyjalny protokół zjawi się o 2 miesiące wcześniéj lub późniéj, jest to rzeczą zupełnie obojętną. Najmniéj na tém zależy abonentom na prowincyi mieszkającym i koszt druku i papieru, czas potrzebny na ekspedycyję, koszta przesyłki, wszystko to stracone na próżno. Na same marki pocztowe wyznaczono 50 rubli! Z daleko większą korzyścią dałyby się te pieniądze na zakupienie jakich ważnych książek użyć.

Kwestyja wydrukowania katalogu biblijoteki naszéj znowu w tym roku poruszoną została. Biblijoteka Towarzystwa bardzo jest bogatą, zawiera bowiem 11,000 dzieł, ale istnieje tylko katalog z luźnych kartek złożony. Mało osób skutkiem tego zna zasoby naszéj biblijoteki i nie wielu z niéj korzysta. Dokładny katalog zajmowałby kilkadziesiąt arkuszy druku, a koszta takowego przenosiłyby 1000 rubli. Budżet zeszłoroczny przekroczony został niemniéj niż o 3,500 rs., nie zdarzyło się to ani razu od założenia Towarzystwa, więc na przyszłość trzeba zaprowadzić oszczędności, ani myśleć nie można o tak znacznym wydatku! Niestrudzony nasz biblijotekarz Kośmiński wynalazł i na to sposób. Wygotował katalog rzeczowy, w którym chronologicznie podług materyi wymienieni są autorowie wszystkich dzieł biblijotecznych. Na druk takiego skróconego katalogu nie potrzeba więcéj niż 100 rubli; tę sumę Towarzystwo też przyznało i to z rzadką jednozgodnością. Uchwalono też podziękowanie dla biblijotekarza, który dawał i dawać nie przestaje licznych dowodów swojéj niezmordowanéj pracy i zabiegliwości o dobro naszéj biblijoteki.

Czasopismo „Zdrowie", Dwutygodnik popularno-naukowy, poświęcony naukom przyrodniczym i higijenie, kończy obecnie drugi rok swojego istnienia. W roku zeszłym podlegało pismo to dosyć surowéj krytyce. Zarzucano mu przeważnie, iż rozmija się ze swoim programem i niedotrzymuje tego, co obiecywało. Mieliśmy zapowiedziane szerzenie zdrowych pojęć higijenicznych między czytelnikami, a ponieważ higijena opiera się na naukach przyrodniczych, więc trzeba było wiadomości z dziedziny tych nauk podawać dla przygotowania gruntu. Przypuszczać należało, iż nastąpi systematyczne pouczanie nauk przyrodniczych w kierunku higijenicznym, tymczasem zostaliśmy najzupełniéj zawiedzeni: zeszłoroczne „Zdrowie" podawało bez żadnego ładu ani składu artykuły przyrodnicze różnéj treści i bardzo rozmaitéj wartości i to bynajmniéj nie w higijenicznym kierunku. Redakcyja przekonała się wkrótce, iż na téj drodze daleko nie zajdzie, i nagle z początkiem roku bieżącego zmieniła front. Przedewszystkiém dobrą akwizycyję zrobiła przez przyjęcie do współpracownictwa młodego i zdolnego kolegi, Teodora Dunina. Przyznać trzeba, iż skutkiem tego pewna zmiana na dobre nastąpiła. Z nowym rokiem zaczęto więcéj się zajmować higijeną, chociaż bynajmniéj nie powrócono do początkowego, szeroko zakreślonego planu.

Szczegółowy rozbiór tegorocznego „Zdrowia" na innêm miejscu podany będzie, tutaj rzucimy tylko kilka ogólnych uwag. Czytelnik nie obznajmiony z zamiarami i celem, jaki sobie Redakcyja wytknęła, przerzucając to pismo, odgadnąć nie może, dla kogo właściwie jest ono pisane: czy dla lekarzy, w celu obznajmiania ich z zasadami higijeny i traktowania w sposób poważny rozmaitych kwestyj higijenicznych bieżących, czy też jestto pismo popularne mające wykładać zasady higijeny dla szerokiéj publiczności. Jestto zbiór pe-

wnych wiadomości higijenicznych rozmaitéj wartości i rozmaitego stopnia przystępności. Pismo poświęcone higijenie i wychodzące w Warszawie nie daje nawet obrazu czynności naszego podkomitetu sanitarnego i gdyby nie dwa czy trzy artykuły Markiewicza, będące zarazem sprawozdaniem czytaném przez niego na posiedzeniu podkomitetu, to czytelnicy „Zdrowia“ nie wiedzieliby wcale o istnieniu takiego ciała obradującego nad stanem sanitarnym naszego miasta.

O „Kronice Lekarskiéj“, któréj pierwszy numer w tych dniach wyszedł, nic wam napisać nie mogę; wstrzymam się z wyrzeczeniem opinii aż więcéj ujrzę numerów. Uprzedzać Was ani dobrze ani źle nie myślę, powiem tylko, iż nie zgadzam się z opiniją Redakcyi, która twierdzi, iż ilość piszących lekarzy z każdym dniem się powiększa. U nas przynajmniéj nie daje się to bynajmniéj czuć, a wydrukowanie artykułu „o wrzodach śledziony“ w jedném z pism naszych smutne myśli nam pod tym względem nasuwa; musi być wielka posucha na prace oryginalne tam, gdzie się drukują takie nędzne ćwiczenia studenckie.

Prace podkomitetu sanitarnego już zakończone zostały. Projekt assenizacyi Warszawy został na kilkunastu posiedzeniach dyskutowany i ostatecznie przyjęty. Projekt ten poddany będzie głównemu tymczasowemu komitetowi pod dyskusyję, a następnie przesłany będzie wyższéj władzy do zatwierdzenia. Na ostatniém posiedzeniu, które się odbyło d. 20go grudnia, kilku członków, którzy wcale na posiedzeniach nie bywali, wystąpiło z propozycyją, żeby cały ów projekt raz jeszcze oddać do rewizyi ustanowić się mającéj delegacyi, i jeszcze raz w pełnym komplecie podkomitetu przedyskutować. Wniosek ten niczém nie uzasadniony, podany przez ludzi, którzy projektu assenizacyi wcale nie znają, gdyż nie był on dotychczas w druku podany, a wnioskodawcy, jak sami się przyznali na posiedzeniach nie bywali, upadł znakomitą większością głosów (20tu przeciwko 6ciu). Opozycyi niepodobała się między innemi okoliczność, iż podkomitet zaprojektował przerobienie wszystkich miejsc ustępowych w całéj Warszawie, i że to przerobienie uskutecznić się ma w przeciągu jednego roku. Prezes Towarzystwa kredytowego miejskiego ks. Lubomirski wypowiadał obawę, że obciąży to zbytecznie kredyt właścicieli domów. Przerobienie takie ma kosztować 1,200,000 rubli, suma ta wynosi przeszło 20tą część całéj pożyczki wydanéj przez Towarzystwo kredytowe (20 milijonów). I wszystko to w obec spodziewanéj budowy kanalizacyi ma być tylko tymczasowe, bo wkrótce znowu trzeba będzie wydawać znaczne sumy na budowanie waterklozetów. Większość członków uznała motywa te za nieuzasadnione.

Warszawa dnia 29 grudnia 1879 r. β.

List z Warszawy.

Otrzymaliśmy list następujący, który chętnie zamieszczamy, ponieważ tyczy się kwestyi naukowéj, którą traktuje przedmiotowo. Ale wierni zasadzie bezstronności, dajemy także głos szan. sprawozdawcy naszemu, spodziewając się, że na wymianie zdań szan. czytelnicy nic nie stracą:

Szanowny Panie Redaktorze i Kolego!

W Nrze 49 Przeglądu Lekarskiego z r. b., wyczytałem zaszczycające mnie sprawozdanie o moim artykuliku: „Mały przyczynek do następstw rdzenio-kostnego zapalenia kończyn“ — zakończone uwagą sprawozdawcy, brzmiącą jak następuje: „Nie ma pewności, że w trójnasób zgrubiała kość ramieniowa właśnie utworzoną nie została przez okostnę, w ciągu tylu miesięcznego cierpienia, coby i brak okostny tłumaczyło i z twierdzeniem teoretyków się zgadzało.“

Uwaga ta szan. sprawozdawcy wywołaną została zdaniem w ten sposób w méj pracy wyrażoném: „W wypadku zaś dopiero opisanym powstanie nowéj kości (jak chcą teorytycy), a właściwiéj mówiąc rozrastanie się staréj (jak pokazuje klinika), nie mogło u mego operowanego pochodzić od nadmiernéj działalności rdzenia kostnego, gdyż ten całkowicie był zniszczonym; co zaś do jego okostnéj, to śladu istnienia jéj odkryć nie mogłem podczas kilkakrotnie dokonywanych operacyj. Z czego więc wypada: iż kość uzupełniać się może powiększonym ruchem odżywczym saméj właściwéj jéj tkanki, bez spółudziału okostnéj i rdzenia!“ (Patrz Gazeta Lekarska Nr. 20. T XXVII, str. 193 w drugiéj szpalcie).

Otóż śmiem i nadal podtrzymywać tak streszczony wynik mego spostrzeżenia, nie zgadzając się wcale na uwagę łaskawego sprawozdawcy, aby (zdająca się) w trójnasób zgrubiała kość ramieniowa utworzoną została przez okostnę i t. d. Zdanie to moje nie tylko popierają fakta zauważane i opisane, lecz niemniéj jeszcze praca Dra Reynauda: „De l'inflammation du tissu médullaire des os longs“- (Archiv génér. de médecine 1831, T. XXVI). Autor ten bowiem zauważył, że okostna zawsze jest zniszczoną, a więc nie istnieje, na wysokości prawie równéj a odpowiedniéj do jakiéj dosięga zapalenie i ropienie rdzenia kostnego w dotkniętéj długiéj kości. W moim zaś przypadku ostatecznie zaszłe zupełne zniszczenie rdzenia kości ramieniowéj, niestety, aż zanadto było widocznem.

Co się staje w takich razach z okostną, jaką drogą ona zanika... nie wiem!; a jednak fakt ten zniknięcia okostnéj na przestrzeni nieraz dosięgającéj do dwóch centimetrów i więcéj po nad upiłowaną kością, zauważyć może nieraz każdy z chirurgów po uczynionych amputacyjach, już to za życia chorego, już téż przy jego sekcyi.

Racz, proszę szanowny Panie Redaktorze i Kolego, przyjąć moje zapewnienia głębokiego szacunku i wdzięczności za pomieszczenie tych słów kilku w najbliższym numerze waszego szanownego dziennika.

Dr. S. Perkowski.

Warszawa d. 17 Grudnia 1879 r.

Wniosek kol. Perkowskiego oparty jest na tym fakcie, że i okostna i szpik kostny nie istniały. Że ten ostatni był zniszczonym, nie ulega z opisu przypadku wątpliwości; czy jednak tak rzecz się miała i z okostną, śmiałbym powątpiewać; bo jakkolwiek wierzyć muszę koledze P., że przy obu operacyjach w tym przypadku przedsiębranych nie znalazł okostnéj w miejscu nacięcia', to przecież nie nabrałem jeszcze przekonania, że ona się nie utrzymała w miejscach, w których nieoperowano a w których własnie kość nieuległa martwinie. Zresztą trudno przypuścić, aby po zniszczeniu całéj okostnéj i całego szpiku nie powstała martwina zupełna (*necrosis totalis*) lecz tylko częściowa (*n. partialis*) — i tak to właśnie dzieje się z upiłowaną przy amputacyi kością, jeżeli i okostna i szpik w jakiéjś przestrzeni przez zropienie zniszczeją; odchodzą natenczas martwiaki (odsłoiny) przez całą grubość kości, najczęściéj w kształcie obrączek kostnych.

Nakoniec przytoczyć muszę, że większa część nowszych badaczów opuściła skrajne teoryje Troji przyznającego możność odnowy tylko okostnéj, jakotéż i Scarpy, twierdzącego, że puszka odsłoinowa (*capsula sequestralis*) bywa wytworzoną przez rozdęcie saméj istoty kostnéj korowéj; a przyznaje zdolność reparacyjną tak okostnéj, jako téż szpikowi kostnemu i saméj tkance kostnéj; co więcéj łączą czynność jednego z drugiem twierdząc, iż np. oddzielona okostna nie jest w stanie wytworzyć nowéj kości sama, jeżeli nie została przy niéj cienka powierzchowna warstwa tkanki kostnéj. Najwięcéj pouczającemi pod tym względem są doświadczenia i prace F. Buscha i Maassa zamieszczone w *Archiv f. klin. Chirurgie* t. XX—XXII. *Dr. Alfred Obaliński.*

List z prowincyi.

Szanowna Redakcyjo!

Doniesieniem mojém chcę zwrócić uwagę szanownych kolegów na broszurkę Wissa, traktującą o leczeniu i ustrzeżeniu się błonicy:

Wiss w swojéj broszurce: „*Heilung und Verhütung der Diphtheritis, Berlin 1879*" podał sposób leczenia téj choroby, którego choć trochę zmienionego użyłem w kilkunastu przypadkach ze skutkiem bardzo zachęcającym mnie do podobnego dalszego leczenia. I tak przy stósowném dyjetetyczném zachowaniu się pacyjentów przepisuję im

Rp. Chinini sulfur. grm. 0.60—0.80
Aq. destill. grmt. 90.00—100.00
Acid. muriat. gtts tres—quatuor
Amonii chlorati grmt. 6.00
Syr. cort. aurant. grmt. 10.00.

DS. Co 2 godziny łyżeczkę od kawy, w razie potrzeby co godzinę.

Równocześnie Kali chloricum grmów 8.00 na 200.00 grmów wody do płukania gardła lub na pół rozcieńczony płyn letni do wstrzykiwania w nos, a nieumiejącym płukać po kilkanaście kropel co ½ godziny wpuszczać do ust.

Przy tém leczeniu spostrzegłem, że tam gdzie w pierwszych dniach choroby środków tych użyto, ograniczała się w kilku przypadkach wypocina na migdałkach i błonie śluzowéj łuków podniebieniowych do małych przestrzeni; chorzy zaś ani razu znacznie na siłach niepodupadli.

Nawet przy spóźnionem leczeniu i w bardzo groźnych czterech przypadkach, gdzie przyszło do rozpadu zgorzelinowego migdałków i podniebienia miękkiego, przy nieznośnem cuchnieniu z ust, środek ten energicznie użyty sprowadził zupełnie zadowalający wynik leczenia.

Następowo podawałem chorym: *Ferr. sesquichlorat. solut.* 2 do 4 kropel, w razie potrzeby *Spirit. ferri chlorati aether.* 8 do 20 kropel co 3 godziny, przytém odwar kory chinowéj, wino.

Podczas trwania epidemii błonicy (leczonéj kosztem rządu) od 4go września do 19go października b. r. w Olszynach, gminie powiatu Brzeskiego, liczącéj do 600 dusz, w któréj tych środków pierwszy raz użyłem, zachorowało w ogóle 26 indywiduów, z tych 5 nieleczonych umarło a z 21 leczonych troje (tj. dwoje niemających jeszcze po 2 lata, jedno 4½ roku).

Tak więc śmiertelność nieleczonych równała się 100%, leczonych 14.5%, który to procent w porównaniu do innych sposobów leczenia jest bardzo zadowalający, tém bardziéj, że epidemija ta była niezwykle złośliwą.

Zakliczyn nad Dunajcem. *Dr. Bielczyk.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna odbyła dn. 30 b. m. pod przewodnictwem Dra Warschauera posiedzenie, na którem: 1) Dr. Buszek przedstawił stan obecny ospy, mianowicie, że częstsze są jéj przypadki, ale łagodniejsze. W ostatnich tygodniach śmiertelność ogólna znacznie się wzmogła głównie pomiędzy osobami w wieku powyżéj 40 roku życia, lecz pomimo to wykładnik śmiertelności za rok 1879 wypadnie tylko około 33, podczas gdy w r. 1878 wynosił 37,8, a w roku 1877 nawet 40,3. Zawiadomił przytém, że od r. 1880 także tutejsza komenda wojskowa będzie nadsyłała daty statystyczne odnoszące się do stanu zdrowia tutejszéj załogi. 2) Dr. K. Grabowski przedłożył w imieniu podkomisyi wydelegowanéj do zbadania szkoły św. Scholastyki wnioski tyczące się opalania korytarza, na którym składają ubrania tak uczennice, jak i nauczycielki téjże szkoły; 3) Dr. Lutostański jako referent podkomisyi wybranéj do ocenienia, czy rów za realnością Puszeta należy zasypać, podał kilka wniosków tak co do rzeczonego rowu jak i osuszenia łąki św. Sebastyjana i w ogóle budowy kanału; 4) Dr. Blumenstok poruszył niewłaściwość sprzedawania masła na targu w garnuszkach zamiast w osełkach; 5) Dr. Lutostański zrobił uwagę co do wartości pożywczéj zup rozdawanych przez tutejsze klasztory. *J. B.*

* Petycyja wniesiona przez Związek towarzystw lek. rakuskich do Rady państwa w sprawie Izb lekarskich opiewa jak następuje:

Związek uprasza o wypracowanie projektu do ustawy według następujących zasad i przedłożenia go Radzie państwa po poprzedniém przejrzeniu go przez ankietę:

1) Wszyscy lekarze bez różnicy mieszkający w jednym kraju koronnym stanowią Izbę lekarską.

2) Reprezentacyja Izby w miarę potrzeby poszczególnych krajów składa się z mniéj lub więcéj licznego Wydziału, z pośród którego wybierany będzie Przełożony.

3) Celem delegowania przez wybór tajny reprezentacyi Izby tworzyć się będą powiaty, których granice w drodze rozporządzenia określone zostaną z uwzględnieniem szczególnych stosunków pojedynczych krajów koronnych i na podstawie życzeń odpowiednich korporacyj i stowarzyszeń.

Izbie służą następujące prawa:

a) Stanowi ono legalną reprezentacyję stanu lekarskiego w kraju:

b) winna ona być słuchaną we wszystkich ogólnych sprawach stanu lekarskiego, zanim takowe poddane zostaną pod roztrząsanie prawne i wykonanie;

c) ma prawo dyscyplinarne na podstawie ustawy dyscyplinarnéj w drodze prawnéj wydać się mającéj;

d) ma prawo zarządzania we własnym zakresie działania i przy pomocy członków Izby środków, mających na celu zbadanie ogólnych stósunków higijenicznych i zawodowych, a w konsekwencyi prawo początkowania we wszystkich sprawach krajowych, sanitarnych i higijenicznych, a to za pomocą doniesień, propozycyj i wniosków, które władze odpowiednie winny uwzględniać;

e) ma prawo delegowania odpowiedniéj liczby członków do krajowéj Rady zdrowia, a to po stósownem zmienieniu ustawy z d. 30 kwietnia 1870,

f) ma prawo ściągania składki od członków celem pokrycia swych wydatków.

Obowiązaną zaś jest Izba:

a) do oddawania orzeczeń, którychby zażądały władze krajowe rządowe i autonomiczne w sprawach ważnych obchodzących kraj i dobro zdrowia ogólnego, w sprawach tyczących się dobra państwa i w ogóle w sprawach wchodzących w zakres lekarski;

b) przyczyniać się w zakresie swoim i w miarę sił do dobra i znaczenia państwa;

c) dbać o rozwój zakładów humanitarnych, zakładanie kas wsparcia i t. p. instytucyj, mających na względzie dobro materyjalne członków zawodu lekarskiego.

K. Gr. Grzebanie zwłok połączone z paleniem. Pewien przemysłowiec pruski stara się połączyć cele zdrowotne, jakie osiągnąć chcemy przez palenie zwłok, z względami czci dla zmarłych. W tym celu podaje myśl następną. Ponieważ dla braku miejsca wypada nieraz już po 8 latach grzebać zmarłych w grobach już używanych a więc po upływie krótkiego stosunkowo czasu, w którym rozkład nie zawsze się dokonywa, więc zdaniem przemysłowca tego odpowiednią byłoby rzeczą używać trumien z palonéj gliny, cementu lub asfaltu, w których chowanoby zwłoki jak obecnie do ziemi. Między rzędami grobów winnyby się znajdować rury gliniane, które byłyby połączone z każdą trumną zapomocą cienkiéj rurki. Wszelkie rury grubsze łączyłyby się w wielki kanał, na końcu którego znajdowałby się piec opalony koksem. Trumny gliniane lub cementowe są tak dziurkowate, iż miejsce wchodzących gazów zajmowałoby powietrze atmosferyczne, a tak odbywałoby się szybko ukwaszenie. W ciągu lat 8 każde ciało zamieniłoby się niezawodnie w popiół, który rodzina mogłaby przechowywać w urnie, gdy w grobie możnaby umieścić inne zwłoki. Projekt ten zasługuje tém więcéj na uwagę, że nasuwa myśl, jakby ciała umieszczone w ziemi jak najrychléj można w popiół zamienić. Gdyby to jakimś niekosztownym sposobem osiągnąć można, palenie zwłok nie byłoby tak naglącą sprawą. (*Journal f. oeffent. Gesundheitspflege*).

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 31 grudnia. Rok ubiegły zabrał z grona naszego liczny poczet kolegów, których pamięci oddajemy cześć ostatnią przez ponowne zapisanie ich nazwisk. Są nimi koledzy: Bokiewicz, Biernacki, Budzyński, Brzeziński, Ciosiński, Dalkiewicz, Dobrowolski, Eberhard, Falęcki, Feuermann, Krzykowski, Levittoux, Lissowski, Lubelski, Łuszczkiewicz, Mianowski, Michalski, Mohr, Mossór, Noskiewicz, Orkisz, Orłowski, Pedenkowski, Pieńkiewicz, Rudnicki, Siedlecki, Stankiewicz, Stański, Szancer. Śród nierodaków straciliśmy w roku minionym wielu lekarzy i badaczy, znanych z prac i zasług swych; i tak umarli chemicy: Sonnenschein, Neubauer, Mohr, Poggiale i Trommer; anatomowie: Brandt, Garrod, Klob, Rudniew, Stilling i Theile; fizyjologowie: Funke, Jakubowicz, Lewes i Novotny; farmakologowie: Gubler i Köhler; balneolog; Sales-Girons; higijeniści: Boehr, Chenu, Jolly, Murchison i Zorn; klinicyści: Chauffard, Grandjean, Kleberg, Machik i Piorry; chirurdzy: Callender, Chassaignac i Crosby; okuliści: Soelberg — Wells i Piringer; ginekolodzy: Beigel, Campbell i Jaquemier; dermatolodzy: Bazin, i Tillbury Fox; psychijatrzy: Auzouy, Ceyp, Berti i Trélat; lekarze sądowi: Devergie i Tardieu. Cześć ich pamięci!

* Ile razy Czesi wysuwają się naprzód z żądaniem założenia dla nich uniwersytetu w Pradze lub utworzenia katedr równorzędnych czeskich na istniejącym już uniwersytecie, tyle razy Redakcyja *W. med. Wochens.* uważa za stósowne, gromić nietylko Czechów, ale i Węgrów, oraz nas. A ponieważ przed kilku dniami posłowie czescy przedłożyli rządowi memoryjał, obejmujący i żądania względem katedr równorzędnych w Pradze, przeciw któremu to żądaniu senat tameczny akademicki w osobnym memoryjale wystąpił, a więc *W. med. Wochens.* czuje się znów powołaną do gromienia — nas; *plectuntur Achivi.* Wypowiada ona niby rzecz nową, że wydziały lek. węgierskie i polskie są niższemi od niemieckich, francuskich i angielskich, — ale czy tylko język wykładowy jest przyczyną téj niższości? O tém dałoby się dużo powiedzieć, ale na co? Każdemu nieuprzedzonemu przyczyna jest dobrze znaną, a w obec uprzedzenia lub złéj woli wszelka dyskusyja jest daremną. Na szczęście los memoryjału czeskiego nie zależy wcale od Redakcyi *W. med. Woch.*, jak w swoim czasie nikt nie radził się jéj względem języka wykładowego w Peszcie i Krakowie. *Vana sine viribus ira!*

Myli się także szan. koleżanka wiedeńska, że świat naukowy nie dowiaduje się wcale o pracach lekarzy polskich; albowiem liczne moglibyśmy przytoczyć dowody, przemawiające za bezzasadnością tego twierdzenia. Nie czynimy tego, bo sama koleżanka nasza wie, że czasopisma niemieckie chętnie umieszczają prace lekarzy polskich. Natomiast nie po raz pierwszy i to z prawdziwym żalem zapisujemy fakt, że jeżeli zagranica uwzględnia prace lekarzy polskich, — my sami nie staramy się o znajomość piśmiennictwa własnego. Rażący przykład tego pomijania prac rodaków znajdujemy już w Nrze 1 „Kroniki Lekarskiéj“. Otóż w dwutygodniku tym znachodzi się na drugiém miejscu sprawozdanie z artykułu prof. Nothnagla o „zaniku gruczołów żołądkowych i o marskości żołądka“, ogłoszonego w *D. Archiv. f. klin. Med.* t. XXIV. Przypadek ten sam już przed $1\frac{1}{2}$ rokiem ogłoszony został przez Dra Rydygiera w Przeglądzie Lek. (1878, Nr. 25—28), a transfuzyi nie kto inny u chorego w mowie będącego dokonał, jeno kol. Rydygier. Czy nie wypadało sprawozdawcy wspomnieć, że opis tego samego przypadku nierównie wcześniéj umieszczony był w czasopiśmie polskiém, aby uznać pracę rodaka i aby czytelnikom dwutygodnika ułatwić bliższe rozpatrywanie się w historyi przypadku, gdyby im na tém zależało! Dalecy jesteśmy od przypuszczenia złéj woli, — zastrzegamy się uroczyście przed tém przypuszczeniem, ale sprawdzamy tylko nieznajomość literatury własnéj, z któréj bodaj czy kiedyś nie skorzystają wrogie nam żywioły, aby namacalnie dowieść, że praca nasza jest pracą Sizyfa, nie przydatną dla nas samych, a cóż dopiero dla obcych. Nie przestaniemy więc nawoływać do szanowania własnéj pracy, abyśmy nie poszli w poniewierkę u postronnych!

* W nowym gmachu kliniki chirurgicznéj w Budapeszcie wybuchł przed kilku dniami pożar, który zniszczył dach i drugie piętro; szkodę obliczają na 60,000 zła.; chorzy wszyscy ocaleli.

Sejm węgierski zgodził się na wybudowanie nowego zakładu weterynarskiego w Budapeszcie.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Emminghaus w Würzburgu, znany autor dzieła o psychijatryi ogólnéj, powołany został do Dorpatu jako prof. zw. psychijatryi. — Miejsce prof. Adamkiewicza, jako asystenta prof. Westphala w Berlinie, zajmie od Nowego Roku Dr. O. L. Binswanger, obecnie w Wrocławiu. — Dr. Purjesz jun. w Budapeszcie powołany został do Klausenburgu jako prof. kliniki wewn w miejsce Machika. — Docent prywatny w Strasburgu Dr. Rählmann powołany został jako prof. zw. okulistyki do Dorpatu. — Tajny radzca prof. Kölliker mianowany został przez króla bawarskiego członkiem orderu Maksymilijana dla sztuk i umiejętności.— Docenci prywatni Schulin i Burkhardt-Merian mianowani zostali proff. nadzw. w Bazylei. — Drowie Stroganów i Sokołów mianowani proff. w akademii med. chir. w Petersburgu, pierwszy anatomii patolog., ostatni farmakologii.

Nekrologija. August Noskiewicz † Przy licznym współudziale lekarzy, radnych i obywateli miasta, w gronie których widziano najpoważniejsze osobistości, odprowadzono zwłoki ś. p. Augusta Noskiewicza, byłego prezesa Tow. lek. gal. i radnego miasta, dnia 18 grudnia na miejsce wiecznego pokoju. Śmierć jego, jakkolwiek przewidywana z powodu nieuleczonego i długo trwającego cierpienia serca, przeraziła i zasmuciła wielu, bo ś. p. August liczył znaczny zastęp zwolenników i przyjaciół, których charakterem swoim umiał zjednywać. Oryginalny ale bardzo piękny był charakter nieboszczyka; z otwartością na ustach, dla któréj nie szukał wykwintnéj formy, szła w parze energija w małych i wielkich czynach, których celem było dobro kraju, a kraj kochał nie widząc w tém nic innego nad prosty obowiązek, którego spełnienie nie było dla niego zasługą a niewypełnianie byłoby największą zbrodnią. Przywiązanie i pracę dla dobra kraju dlatego przedewszystkiém u ś. p. Augusta podnieść należy, że w obrządku unickim, do którego należał, nie znajdzie sobie wielu równych. Urodzony w r. 1826 w Ostrowie w przemyskim powiecie, uczęszczał do szkół w Przemyślu, zkąd po ukończeniu gimnazyjum przeniósł się do Wiednia dla studyjów lekarskich. Ukończywszy je w r. 1854 i uzyskawszy w tym roku stopień doktora medycyny i chirurgii już w następnym roku był delegowany z Wiednia podczas epidemii cholery do Węgier na to, aby złożyć pierwsze dowody swojéj energii i sumiennéj pracy. Te zostały należycie ocenione nietylko przez władze miejscowe ale i przez rząd, który czynności jego uznaniem odznaczył. Po powrocie do Wiednia został asystentem prof. Mey

era i odtąd datuje się jego działalność jako lekarza chorób dzieci, którą z wielkiém zamiłowaniem i powodzeniem do końca życia pielęgnował. Po trzech latach asystentury towarzyszył w podróży hr. Alfredowi Potockiemu do Nicei w r. 1860—1861 a korzystając z bliskości Paryża wyjechał do stolicy Francyi, w któréj przez kilka miesięcy pielęgnował naukę i zwiedzał tamtejsze zakłady lecznicze i naukowe. W r. 1861 osiadłszy we Lwowie jako specyjalny lekarz chorób dzieci w bardzo krótkim czasie zaskarbił sobie wielkie uznanie, a poznawszy stosunki miejscowe zaczął krzątać się z kilku innymi około zawiązania Towarzystwa lek., co mu się téż po wielu trudnościach udało. Jako czynny i dbający o dobro Tow. członek przyczyniał się do wydawnictwa rocznika Tow. lek. gal. i w nim umieszczał prace naukowe. W uznaniu zasług wybrany w r. 1875 na prezesa Tow. lek. gal. zostaje nim po raz wtóry wbrew regulaminowi na rok następny, a wybór ten jest najlepszém dowodem, jaką czcią i uznaniem koledzy go otaczali. To uznanie popchnęło go do dalszych czynów; za mało było dla niego być członkiem rady sanitarnéj i szkolnéj okręgowéj, które to godności od r. 1875 do 1878 piastował obok radziectwa i przewodnictwa sekcyi sanitarnéj, on zapragnął dokonać większego dzieła, a tém był Zjazd lekarzy i przyrodników, który odbył się w r. 1876. Niewątpliwie Zjazd ten dokonany za jego inicjatywą jest najwspanialszém dziełem ś. p. Augusta, a zasługa jakkolwiek nie wyłącznie jego należy się w bardzo wielkiéj części nieboszczykowi. Wskazując na piękne cele zjazdu, zachęcał on powolnych, przekonywał niewierzących w powodzenie, a energiją i czynem rozbudził wielu, na których zasługa wielkiego powodzenia Zjazdu spływa. I świetnie udało się spełnić wszystkie zadania Zjazdu, któremu przewodniczył. Świat naukowy przekonał się, że nauka u nas nie leży odłogiem i że słusznie żądamy poważnego miejsca dla naszych umiejętnych prac, których może częściowo z winy naszéj nie poznano. Po Zjeździe spotęgowała się cześć dla nieboszczyka nietylko u miejscowych obywateli i lekarzy, jak to świadczy dyplom członka honorowego Tow. lek. bukowińskiego. Od téj chwili jednak coraz wybitniéj rozwijało się cierpienie, które dnia 16 grudnia przerwało pełny zasług żywot. Cześć pamięci męża, którego przywiązanie i czyny dla dobra kraju bodajby wielu miały naśladowców.

Lwów, w grudniu 1879 r. *Ż. K.*

Nauka poniosła ogromną stratę. Umarł Dr. Franciszek Boll, profesor fizyjologii w Rzymie, b. asystent Dubois-Reymonda, licząc zaledwie lat 31. Liczne prace, posuwające naukę naprzód, że tylko wspomnimy o odkryciu szkarłatu siatkówki, czynią nieśmiertelném imię młodocianego a tak zasłużonego badacza. Zmarły był zięciem prof. Traubego.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W Medycynie Nr. 52: Sokołowskiego: O t. zw. suchotach krtaniowych (dok.); Sznabla: Kilka przypadków różnopostaciowéj wysypki (dok.)

Towarzyswo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 7 stycznia o godz. 5 popoł. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie doroczne, na którém: 1) Urzędnicy towarzystwa oraz przewodniczący Komisyj stałych odczytają sprawozdania za rok ubiegły. 2) Wniesionemi będą pewne zmiany co do Ustawy Tow. lek. 3) Wybranym zostanie zarząd Towarzystwa na rok bieżący.

Panowie aptekarze, chemicy, fabrykanci narzędzi chirurgicznych i lekarskich, oddający swe wyroby pod ocenienie Komisyi dla popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów leczniczych, zechcą takowe nadsyłać w dostatecznéj ilości do wypróbowania i opłacone, pod adresem Wgo Józefa Trauczyńskiego właściciela apteki pod koroną w Krakowie (Rynek główny Nr. 16).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 10 stycznia 1880. № 2. Rok XIX.

TREŚĆ: I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech. PONIKŁO IV. Suchoty i gruźlica (C. d.) — II KRÓWCZYŃSKI. Leczenie wiewióra przewlekłego. (C. d.)—III. *Oceny i sprawozdania*: Sprawozdanie dokładniejsze z niektórych ważniejszych rozpraw mianych na VIII Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie. Podał Dr. Rydygier. (C. d.) Prof. DRASCHE. O leczeniu suchót płucnych za pomocą wziewań będźwinianu sodowego. Sprawozdanie Dra Ściborowskiego. PRZIBRAM. KRAUTH. BERTHOLD. PICOT. — *Wiadomości pomniejsze*. — IV *Posiedzenia towarzystw:* Towarzystwo lekarskie krakowskie. — V. *Odcinek:* OETTINGER. Kilka wyjątków z księgi Hippokrata: O powietrzu, wodach i miejscach. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. — VII. *Wiadomości bieżące*.

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

IV. Suchoty i gruźlica.

Opracował Dr. St. Ponikło,
Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

1) Co do znaczenia początkowych krwotoków płucnych. Wiadomo, iż od najdawniejszéj ery lekarskiéj, bo od Hippokratesa, powszechnie upatrywali lekarze w krwotokach płucnych jednę z częstych przyczyn suchót płucnych. Dopiero z początkiem naszego wieku wśród rozkwitu anatomii patologicznéj, pod wpływem reformacyjnym nauki Laënneca i jego następców, zaprzeczono stanowczo możebności bezpośredniego rozwoju suchót po krwotokach płucnych. Wynikało to wprost z ówczesnych zapatrywań na tę chorobę uważaną za coś swoistego, za wyłączne następstwo rozwoju swoistego utworu chorobowego „gruzełka,“ który miał być jedyną i konieczną podstawą sprawy chorobowéj, prowadzącéj do różnych form suchót płucnych. Krwotoki płucne uważano tedy zawsze i wszędzie nie za przyczynę cierpienia, lecz za jeden ze wczesnych objawów sprawy chorobowéj już rozwiniętéj, lecz uchylającéj się z powodu braku objawów cechujących rozpoznanie. Niemeyer[1]) w roku 1866 opierając się na spostrzeżeniach klinicznych starał się przypisać krwotokom płucnym znaczenie ajtyjologiczne dla suchót płucnych, twierdząc iż krew wynaczyniona do pęcherzyków płucnych tamże skrzepła, jeśli w krótkim czasie nie ulegnie wessaniu, może jak wszelkie inne ciało obce stanowić bodziec drażniący miąższ pęcherzyków plucnych i doprowadzić do zapalnego schorzenia tegoż z następowém przeistoczeniem serowatém i rozpadem. Równocześnie i inni klinicyści, jak

1) *Ott. Niemeyer's klin. Vorträge über Lungenschwindsucht 1867.*

między innymi Bamberger[1]), podali przypadki chorobowe popierające wspomniane zdanie Niemeyera. Odpowiadało to ówczesnemu przewrotowi nauki o suchotach płucnych i gruźlicy, dokonanemu klasycznemi pracami Virchowa[2]), zgodnie z którymi wielka część spraw chorobowych płuc prowadzących do suchót pozbawioną została cechy swoistéj nowotworowéj i uznaną została za sprawę zapalną zupełnie równorzędną innym formom zapalenia. W najnowszych czasach Buhl[3]) stara się swoją nauką o zapaleniu płuc złuszczającém *(pneumonia desquammativa)* przywrócić suchotom płucnym cechę swoistości, ustanawiając przez siebie podany rodzaj zapalenia płuc za konieczną podstawę tychże. Równocześnie zaprzeczył możebności przeistoczenia serowatego produktów wszelkich innych form zapalenia płuc, tudzież odmówił krwotokom płucnym wszelkiego znaczenia ajtyjologicznego dla rozwoju suchót, uważając je za objaw już rozpoczętego rozpadu, acz ograniczonego i rozpoznaniu klinicznemu niedostępnego. Po téj wstępnéj uwadze podajemy tu przypadek z pomiędzy naszych historyj chorób, w którym krwotoki płucne były pierwszym objawem cierpienia.

J. K, lat 13, syn stróża salinarnego. Rodzice i rodzeństwo żyją zupełnie zdrowi. Chory cieszył się zawsze zupełném zdrowiem. Przed dwoma laty począł doznawać bólów w stawie kolanowym prawym, które bez żadnéj zewnętrznéj przyczyny powstały, wzmagając się wśród pory słotnéj a zwalniając wśród pogody. Stopniowo poczęło kolano brzęknąć; ruchy dowolne stawały się coraz trudniejszemi, wreszcie zupełnie niemożebnemi; obrzęk kolana doszedł rozmiarów głowy dziecięcia. W takim stanie chory został przyjęty do kliniki chirurgicznéj d. 21/2 1877. Badanie tamże uskutecznione nie wykazało oprócz miejscowych zmian stawu kolanowego prawego żadnych zboczeń w narządach wewnętrznych. Budowa klatki piersiowéj wcale dobra. Opukiwanie i przysłuch najmniejszych nieprawidłowości nie wykazały. Chory dotąd nigdy nie kaszlał. To też żadnych objawów chorobowych tak przedmiotowych jak podmiotowych nie wykazano w narządzie krążenia, trawienia i moczopłciowym. Ciepłota prawidłowa; stan ogólny zupełnie zadowalający. Rozpoznano ziarninowe zapalenie stawu kolanowego

1) *Bamberger Würzburg. med. Zeitschrft. 2 Bd. 1861. Str. 340.*
2) *Virchow, Krankhafte Geschwülste. Bd. 2 sp.*
3) *Buhl, Lungenentzündung, Tuberculose und Schwindsucht, München 1873.*

prawego *(tumor albus genu)*: odnogę dolną prawą wyprostowano i założono oprawę gipsową. Chory przebył w klinice chirurgicznéj 3 tygodnie. Bóle w stawie zmniejszyły się; stan ogólny nie pozostawiał nic do życzenia. Dnia 19/3 wieczorem chory bez żadnéj widocznéj przyczyny doznał nagle bólu kłującego w piersiach z przodu w okolicy mostka, począł nagle kaszleć i wśród kaszlu wyrzucił około 200 grm. krwi świeżéj pienistéj, poczém przy każdém zakaszlnięciu przez noc i następny dzień wydalał po trosze krwi świeżo skrzepłéj. Nazajutrz krwotok się powtórzył mniéj więcéj w téj samej ilości. Natychmiast uskutecznione badanie narządu oddechowego wykazało stłumienie odgłosu wypukowego w szczycie lewym tak z przodu jak z tyłu wdech pęcherzykowy zaostrzony, tudzież obecność skąpych drobnobańkowych wilgotnych rzężeń. Ciepłota w tymże dniu rano 39·6, wieczór 39·7. Chory dnia 21/3 został przeniesiony do kliniki chorób wewnętrznych. W dniu przyjęcia wykazano stłumienie odgłosu wypukowego w szczycie lewym, z przodu do 2go żebra, z tyłu do grzebienia łopatki — poniżéj odgłos wypukowy jawny, nieco bębenkowy — wdech i wydech oskrzelowy, przy wdechu nieliczne furczenia. Chory kaszle często wyrzucając plwociny śluzowo-ropne z domieszką krwi. Ciepłota rano 39·5; wieczór 40·6. Znaczne osłabienie i niedokrewność. Odtąd przez następnych 6 dni gorączka trwała z nieznacznemi pogorszeniami wieczornemi pomiędzy 39·5, a 40·0 C. Stan gorączkowy trwał zatém w ogóle przez 8 dni, licząc od dnia pojawienia się krwotoku. (Piękny obraz przedstawia odnośna tablica gorączki wykazująca nagłe podniesienie się ciepłoty nazajutrz po krwotoku i trwanie takowéj przez 8 dni). Stłumienie rozszerzyło się nieco i stało się wybitniejsze. Szmery oddechowe oskrzelowe utrzymywały się stale. Plwociny śluzowo-ropne z domieszką krwi mazistéj, ciemnéj, przeistoczonéj. — Dnia 27/3 ciepłota okazała się tylko nieznacznie podwyższoną, stan ogólny lepszy. Chory przebywał w klinice lekarskiéj jeszcze przez 3 tygodnie, przedstawiając stale wybitne objawy tak fizyczne jak podmiotowe nacieku szczytowego, poczém na własne żądanie wypuszczony został

Znachodzimy na odwrót w naszych historyjach chorób przypadki, gdzie chorzy po przebyciu krwotoku płucnego czuli się przez lat kilka zupełnie zdrowymi, nie przedstawiając najmniejszych objawów ze strony narządu oddechowego aż późniéj, dotknięci powtórnie krwotokiem poczęli przedstawiać wybitne objawy nacieków szczytowych. Jakości związku krwotoków płucnych z suchotami płucnemi nie podobna rozstrzygnąć na podstawie samych danych klinicznych, gdyż możnaby tu przytoczyć liczny szereg spostrzeżeń klinicznych, przemawiających za oboma spornemi zapatrywaniami, tj. że krwotoki są następstwem uprzednio rozwiniętego cierpienia płuc albo punktem wyjścia tegoż. Ze stanowiska anatomicznego atoli pewną jest rzeczą, że krew wybroczona w nieco większéj ilości, czy to z większych czy z włosowatych naczyń, może być siłą wdechową wciągniętą aż do pęcherzyków płucnych nawet w miejscach odległych od źródła krwotoku, że przez długi czas tamże utrzymywać się może bez widocznych zmian, że wreszcie pobudzić może okoliczny miąższ do oddziaływania zapalnego, że nawet może się następowo rozpaść wraz z miąższem okolicznym i doprowadzić do wytworzenia ubytku (jamy) w miąższu płucnym. Będąc dawniéj czynny przez lat 2 jako asystent przy zakładzie patologicznym U. J. miałem sposobność niejednokrotnie spostrzegać po krwotokach płucnych okrągławe lub owalne guzki czerwonawo lub żółtawo-biało zabarwione od wielkości główki szpilki do wielkości orzecha, dość zbite które składały się, jak badanie drobnowidowe wykazało, z ciałek czerwonych krwi mniéj lub więcéj przeistoczonych, zaczopowujących jamki pęcherzyków płucnych. W rzadkich przypadkach można było widzieć wśród miąższu płucnego guzki złożone częściowo z utkania łączno-tkankowego, zbite, twarde, przyczém okoliczny miąższ był ciemno-barwikowo zabarwiony, które należało uznać za ślady dawnych ognisk krwi wybroczonéj. Zmiany te stanowią zupełną analogiję ze zmianami każdemu znanemi, jakim ulegają ogniska zawałów krwawych lub zatorów w różnych narządach, jak w płucach, mózgu, śledzionie i t. p. Ze względów teoretycznych więc zarówno jak ze stanowiska anatomicznego nie możemy odmówić krwi wybroczonéj do pęcherzyków płucnych możności wywołania zmian zapalnych okolicznego miąższu płucnego; trudniéj atoli udowodnić, czy produkta tego rodzaju zapalenia reakcyjnego mogą uledz przeistoczeniu serowatemu i doprowadzić do rozpadu miąższu płucnego. W każdym razie przypadek powyżéj podany jest pouczający, gdyż stanowi piękny przykład, jak u osobnika nie przedstawiającego dotąd żadnych ani podmiotowych ani fizycznych objawów cierpienia płucnego, czybyśmy uznali płuca jako zupełnie zdrowe, lub nawet przypuścili w nich już zawiązek nacieku szczytowego niedostępny jeszcze rozpoznaniu, — mogą się rozwinąć bezpośrednio wszelkie objawy tak przedmiotowe jak podmiotowe nacieku szczytowego szybko postępującego, jak to stwierdza wysoka gorączka, nagłe wystąpienie i szybkie rozszerzenie się stłumienia odgłosu wypukowego, szmery oddechowe oskrzelowe i obecność plwocin śluzowo-ropnych.

2) Co do możebności przejścia zwykłego ostrego zapalenia dławcowego płuc w zapalenie płuc przewlekłe z następowym rozpadem serowatym. Do najnowszych czasów powtarzano w każdym podręczniku klinicznym rzecz o różnych formach zejścia zapalenia dławcowego płuc, jako to: 1) o przejściu w rozdzielenie z zupełném przywróceniem prawidłowych stosunków; 2) o przejściu w zgorzel; 3) w zropienie i 4) w zapalenie płuc, przewlekłe śródmiąższowe z przeobrażeniem łączno-tkankowém lub rozpadem serowatym. Możebność przejścia zapalenia dławcowego w przeistoczenie serowate uważano za jeden z pewników nauki o chorobach płucnych. W ostatnich latach mniemanie to dotąd powszechnie przyjęte zostało zachwiane pracami anatomicznemi wielkiéj powagi w tym kierunku, tj. Buhla. Tenże[1]) odrzuca wręcz wszelką możebność w mowie będącéj formy zejścia zapalenia dławcowego, zarzucając w każdym odnośnym przypadku klinicznym mylność rozpoznania pierwotnéj sprawy chorobowéj, która nie była zapaleniem „złuszczającém". Rzeczywiście istota zapalenia dławcowego w pierwszych okresach nie ma nic wspólnego ze sprawami zapalnemi miąższu płucnego, które zwykle do suchót prowadzą; w pierwszym razie mamy przed sobą sprawę zupełnie powierzchowną, nie dotyczącą wcale tkanki śródmiąższowéj pęcherzyków płucnych — w drugim razie siedziba zmian chorobowych jest głębsza, polegająca na sprawie śródmiąższowéj, nagabującéj również tkaniny naczyń krwionośnych i połączonéj z rychłém odumieraniem części zajętych. Jeżeli jednak zwrócimy uwagę na okresy późniejsze zapalenia dławcowego, to różnica ta staje się coraz mniejszą: w późnych mianowicie okresach tegoż zapalenia często tkanka łączna śródmiąższowa staje się siedzibą wypociny komórkowéj, acz zazwyczaj skąpéj. Ztąd ze względów teoretycznych nie można odmówić prawdopodobieństwa przejściu zapalenia dławcowego w sprawę zapalną śródmiąższową *(pneumonia interstitialis)*. Wreszcie każdy, kto miał sposobność badania anatomicznego większéj ilości zwłok przyzna, że nie do wielkich rzadkości należą przypadki marskości płuca (*induratio, cirrhosis pulmonum)*, gdzie tak wygląd makroskopowy jak badanie drobnowidowe wielce prze-

[1]) *Lungenentzündung, Tuberc. und Lungenschwindsucht.* München, 1873 i późniejszy spór między Buhlem a Juergensenem.

mawia za rozwojem téj sprawy chorobowéj ze zwykłego zapalenia dławcowego. Przypuszczając zaś możebność przejścia zapalenia dławcowego w zapalenie śródmiąższowe, już tém samém przypuszczamy prawdopodobieństwo pośredniego przeistoczenia serowatego.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Leczenie wiewióra przewlekłego.

Napisał Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.
(Rzecz czytana na posiedz. sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Uretroskopija dowiodła, że przewlekanie wiewióra często zawisło od zmian błony śluzowéj cewki w głębszych jéj częściach; doświadczenie zaś uczy, że wstrzykiwania zwykłym sposobem dokonywane są w tych razach nieskuteczne. Ujemny rezultat wstrzykiwań należy tém tłumaczyć, że płyn wstrzyknięty do miejsca chorobą zajętego zupełnie się nie dostaje, gdy wstrzyknięcie zwykłą strzykawką wykonywamy. To dało powód do używania strzykawek tak zrobionych, że płyn dowolnie głęboko wpuścić możemy. Wstrzykiwań jednak głębokich dawniéj nie tak często ze skutkiem używano, bo zastósowanie ich najczęściéj opierało się tylko na przypuszczeniu, że siedziba wiewióra znajduje się głęboko. Stwierdzano bowiem siedzibę za pomocą główkowego cewnika (*bougies à boule*), a jedynym punktem oparcia rozpoznania był ból, jakiego chory w czasie wprowadzania doznawał. Wiadomo, że oddziaływanie na ból zależy przedewszystkiém od wrażliwości badanych, a ta bywa bardzo różną, a przeto sąd na niéj oparty często nie odpowiada prawdziwemu stanowi rzeczy. Obecnie mają one większą wartość, a mianowicie w tych razach, w których poprzednio uretroskopem znaleziono miejsce chorobowe cewki. Niedawno zalecano szczególnie we Francyi leczenie opierające się na posypywaniu błony śluzowéj rozmaitemi proszkami: za pomocą tak zwanych pulweryzatorów czyli rozpylaczy. Praktycznym według mego zdania jest rozpylacz Grünfelda; składa on się z kauczukowéj rurki stałéj na kształt prostego cewnika, w téj znajduje się podłużny otwór, przez który proszek do wnętrza rurki wsypujemy. Podłużny otwór pokrywamy rurką krótką, również z kauczuku zrobioną, którą łatwo przesuwać można. Wprowadziwszy rurkę pomazaną oliwą czyli cewnik do miejsca cewki, które posypać pragniemy, wpuszczamy przez elastyczną rurkę, umocowaną na drugim końcu cewnika prąd powietrza, który wypycha i rozpyla proszek. Aby ułatwić posypanie, brakuje rurce zwykłego zakończenia cewnika, które w tym razie tworzy owalny otwór. Środki używane do posypywania bywają bardzo rozmaite i co do nich możemy przyjąć podany wyżéj podział Tarnowskiego na środki ściągające, drażniące i takie, które działają tylko przez odłączenie ścian cewki. Wartość tego sposobu leczenia jest prawie taka sama, jak wstrzykiwań głębokich, gdy uretroskop wskazuje, gdzie je stósować należy. Ponieważ proszek zalegający w cewce często wywołuje uczucie przykre, a jeszcze częściéj podnieca płciowo i zawsze szkodliwie działa, dla tego zasypywanie nie przewyższa co do skuteczności wstrzykiwań głębokich. Do zlokalizowania leczenia służą wreszcie tak zwane *porte-remèdes* Lallemanda i Dittela, — w pierwszym razie jak wiadomo wypalamy lapisem przy pomocy narzędzia znanego, zrobionego na kształt cewnika, a w drugim razie stósujemy stożki z azotanu srebra lub innych środków na miejsce chorobą zajęte. I w tym sposobie leczenia jedyną wskazówką, gdzie się znajduje miejsce schorzałe, jest ból, jakiego chory przy wprowadzeniu cewnika główkowego doznaje, a który to objaw jako bardzo zwodniczy łatwo przecenić można. Wspomnieć wreszcie należy o rozszerzaniu ujścia cewki przez przecięcie, które według podania zalecających takowe ma być bardzo skuteczne wówczas, gdy siedzibą choroby jest przednia część cewki. Nie mając w tym względzie żadnego własnego doświadczenia, nie mam prawa oceniać wartości tego sposobu leczenia; wprawdzie teoretycznie łatwo wytłumaczyć skuteczne działanie rozcięcia, gdy przyczyną jest zwężone ujście cewki, w jaki sposób jednak mogłoby ono działać przy niezwężoném ujściu cewki, tego wytłumaczyć sobie nie umiem. Istnieje jeszcze sposób leczenia bardzo rzadko używany na stałym lądzie Europy, który więcéj zwolenników ma w Anglii, a przedewszystkiém w Ameryce. Zasadza się on na stósowaniu obok wstrzykiwań środków pryszczących na powierzchni prącia. Milton, zwolennik tego leczenia, tak mówi o niém: „Nie widziałem nigdy ani jednego przypadku wiewióra przewlekłego, któregoby środki pryszczące same lub z wstrzykiwaniami połączone nie usunęły w zupełności, chyba gdy tenże istnieje z powodu zwężenia lub chorobowego zajęcia jąder; jestem stanowczo przekonany, że każdy przewlekły wiewiór, jeżeli tylko niekomplikowany, musi ustąpić po takiém leczeniu“. Środki pryszczące w ten sposób stósują, że naciera się takowe na papier, który przedstawia formę prącia i starannie się okrąża część wiszącą prącia, aby powierzchnia nasmarowana dokładnie ze skórą się stykała. Przedtém należy obciąć włosy i zabezpieczyć skórę moszen od zadrażnienia pryszczydlami, do czego w części przyczyniamy się pozostawiając na $1/2$ cala wolną od pryszczydła powierzchnię prącia, licząc od wzgórka łonowego. Pryszczydło zostawia się nie dłużéj nad dwie godziny, podczas którego to czasu pacyjent musi leżeć spokojnie. Odjąwszy pryszczydło widzimy skórę zaczerwienioną, lub gdzieniegdzie pęcherz; pokrywamy skórę zwykłym opatrunkiem dla zabezpieczenia od bólu mogącego powstać przy tarciu podczas ruchu. Po kilku godzinach całe prącie jest pokryte pęcherzami, których płyn ostrożnie wypuścić należy zachowując powłokę jego, a w razie surowiczego nasięku napletka, takowy przez nakłucie usuwamy. W pierwszych dniach wydzielina wiewióra powiększa się, wkrótce potém zmniejsza się, a nakoniec znika; jeśli zaś nie znika, należy użyć po raz wtóry, trzeci, itd. pryszczydeł, dopóki wiewiór zupełnie nie ustąpi. Gdybyśmy nawet wierzyli zapewnieniom zwolenników tego sposobu leczenia, że ono nie sprawia bardzo wielkich bolów, ani nie sprowadza znacznych owrzodzeń, to i wówczas, zdaje mi się, nie wielu pacyjentów zgodziłoby się na to leczenie. Sam nigdy nie używając pryszczydeł, nie mam o wartości tego sposobu leczenia zdania wyrobionego, któreby się opierało na doświadczeniu. Rozumowanie wskazuje, że pryszczydło działa odciągająco, a mianowicie, że przy ostrém zapaleniu skóry wytworzoném przez pryszczydła więcej krwi dopływać będzie do skóry, aniżeli do błony śluzowéj. Sztuczna niedokrewność musi powstrzymać wydzielinę, któréj zupełne zniknięcie zapewne w ten sam sposób następuje, jak ustanie wiewióra w zapaleniu przyjądrza, pęcherza itd.

Wyczerpnąwszy środki służące do miejscowego leczenia, jeszcze raz pokrótce powtórzę, co o wartości rozmai-

tych sposobów powiedzieć możemy. Jeżeli błona śluzowa jest zajętą na wielkim obszarze, a mianowicie w téj części, do któréj dochodzą wstrzykiwania, wówczas one należycie dobrane i używane są najskuteczniejsze. Nie otrzymujemy dobrych wyników po zwykłych wstrzykiwaniach, gdy cewka jest zajęta w części błoniastéj, lub w ogóle w głębszych częściach, a wtedy skuteczniejsze są wstrzykiwania głębokie. Jeżeli wiewiór istnieje z powodu zajęcia cewki w miejscu ograniczonêm, zasługują na pierwszeństwo maści, pasty, czopki, bo ich działanie jest bardziéj ograniczone niż wstrzykiwań, ale rezultat zależy właśnie od tego, czy stósowano je na samo miejsce zboczeniem zajęte. Temu warunkowi nie zawsze możemy uczynić zadość, nie stwierdziwszy poprzednio badaniem uretroskopijnêm siedziby choroby. O wielkiéj doniosłości leczenia wiewiórów za pomocą zwykłych zgłębników, gdy wytworzone lub wytwarzające się zwężenie podtrzymuje trypra, mówić nie potrzebuję, a zgłębnikowi ochładzającemu przypiszemy znaczenie nie tylko w zwężeniach, ale i w chorobowêm zajęciu przyległych do błony śluzowéj cewki narządów, które zwykły ustępować przy użyciu przyrządów Winternitza.

Mając na uwadze miejscowe leczenie i to ograniczonéj części cewki, musimy przyznać, że takim wymaganiom powinno najwięcéj czynić zadość leczenie przy pomocy uretroskopu, o którego wartości obszerniéj pomówimy.

Uretroskopija znaczy to samo, co badanie cewki za pomocą osobno do tego przeznaczonych przyrządów, a często używana nazwa endoskopija jest obszerniejszą, bo określa w ogólności badanie przetok, jam i przewodów. W miarę tego, czy przyrząd służy tylko do badania cewki, pęcherza lub obydwu organów, nazywamy przyrząd uretroskopem, cystoskopem, lub za przykładem Segalasa *Speculum urethrocysticum*, albo wreszcie według Desormeauxa endoskopem. Uretroskopija nie jest właściwie najnowszym wynalazkiem, a rzeczywistym twórcą jéj był lekarz frankfurtski M. Bozzini, który jeszcze w r. 1805 podnosił wartość narzędzi przez siebie używanych do oświetlania tak cewki, jakotéż jam i przetok naturalnych. Historyja uretroskopii podaje, że w r. 1826, wystąpił S e g a l a s przed akademiją paryską z narzędziem, które nazwał *Speculum urethrocysticum*, a w rok późniéj John D. F i s h e r głosił o podobnym wynalazku. Prócz tego zapisuje historyja jeszcze kilka nazwisk autorów, zaj mujących się oświetlaniem jam, a przedewszystkiêm cewki, a najgłośniejszêm jest imię lekarza francuskiego Desormeaux. W r. 1853 przedstawił on akademii paryskiéj swego wynalazku narzędzie, które nazwał endoskopem i udowodnił, że badanie cewki têm narzędziem jest możliwe. Mimoto endoskop leżał w uspieniu, używany jedynie przez Desormeauxa, który ogłaszając w r. 1865 obszerniejszą o nim pracę, pobudził i zachęcił do badań na têm nowêm polu. I rzeczywiście odtąd coraz więcéj ogłaszano prac, zajmujących się endoskopem a szczególnie we Francyi, Anglii i Ameryce. Przez dłuższy przeciąg czasu nie miało odkrycie D. powodzenia w Niemczech, pomimo, że dzienniki kiedy niekiedy przypominały istnienie endoskopu, a główną zasługę przypisać należy G r ü n f e l d o w i, lekarzowi wiedeńskiemu, że w Niemczech coraz bardziéj rozpowszechnia się obecnie używanie endoskopu. U nas w Polsce o ile wiem, z wyjątkiem prymaryjuszów C h ą d z y ń s k i e g o i R o ż a ń s k i e g o nie wiele zajmowano się dotąd tym wynalazkiem, a przynajmniéj żadnéj pracy nie ogłoszono na têm polu, prócz sprawozdania z rozprawy G r ü n f e l d a, ogłoszonego przez Dra O b t u ł o w i c z a (w Przegl. Lek. 1877 r.).

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie dokładniejsze z niektórych ważniejszych rozpraw mianych na VIII Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie. Podał Dr. Rydygier.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 1.)

III. P a w e ł B r u n s (z Tubingi): O s p o s o b i e p r z e c i w g n i l n y m w e w o j n i e. Proponuje on nowy sposób przyrządzenia oprawy przeciwgnilnéj, przeznaczony do użycia w szpitalach wojskowych, a nie na polu bitwy. Chodzi o to, żeby każdego czasu bez wielkich zachodów i szybko przyrządzić materyją przeciwgnilną. Br. oddaje kwasowi karbolowemu pierwszeństwo co do pewności działania; rozbiera więc tylko materyje nim zaprawiane. Mokrych opatrunków w szpitalach polnych używać nie można, bo trudno wozić ze sobą potrzebną ilość wody ani téż nie sposób jéj wszędzie w dostatecznéj ilości dostać. S u c h a k a r b o l o w a j u t a przyrządzona sposobem Münnicha wprawdzie bardzo tania, ale nie można jéj wszędzie i na prędce przygotować; przygotowanie jéj wymaga 12—15 godzin czasu. G a z a k a r b o l o w a Listera nie przydatna do celów wojennych, bo przyrządzenie jéj zbyt trudne; natomiast sposób jego wyborny. Gazę macza się w rozczynie alkoholowym kwasu karbolowego z dodaniem kolofonium i ol. ricini; kolofonium służy do zatrzymania kwasu karb. w gazie, a ol. ric. zapobiega, żeby gaza się nie zlepiała, ani téż zbytecznie nie zesztywniała. Zamiast *Ol. ric.* można użyć gliceryny lub stearyny. Do celów wojennych podaje Br. rozczyn potrzebny do napawania gazy w postaci ekstraktu, który przed użyciem tylko alkoholem potzeba rozcieńczyć. Ekstrakt ten łatwo w dostatecznéj ilości w słojach ze sobą wozić: potrzeba np. na 200 metrów gazy tylko 2 litry tego ekstraktu. Ekstrakt przyrządza się w następujący sposób: Do 400,0 miałko sproszkowanego kolofonium dodaje się z kolei 100,0 spirytusu i 100,0 kwasu karbolowego i 80,0 *Ol. ricin.* (lub 100,0 roztopionéj stearyny). Środki te miesza się aż do konsystencyi ekstraktu, który natychmiast wlewa się do naczyń i szczelnie zamyka. Przed użyciem mięszaninę tę rozpuścić potrzeba w 2ch litrach spirytusu. W tym rozczynie macza się gazę wyżymając ją kilkakrotnie celem równego jéj nasycenia, a potêm się suszy: latem na dworze 5 minut, a zimą w ogrzanym pokoju 10—15 minut.

Bruns przypisuje swojéj gazie karbolowéj następujące zalety: W pewności co do działania przeciwgnilnego równa się Listerowskiéj; jego gaza 10% utraca przy preparacyi najwyżéj 1% a Listerowska jest 6—7%. (Podług najnowszych badań Kaufmanna w Zurychu (*Centralblatt für Chirurgie* Nr. 50, 1879), ani tyle nawet nie zawiera). 2) Oprawę z gazy Brunsa zupełnie w ten sam sposób się zakłada, jak Listera. 3) Miękkość i giętkość gazy jego jest większą, niż Listerowskiéj. 4) Nie wywołuje ani na najdelikatniejszéj skórze podrażnienia, podzas gdy gaza Listerowska często zaczerwienienie i wyprysk wywołuje. 5) Przyrządzenie gazy jest bardzo łatwe i nie wymaga dużo czasu. Dr. Starke używał jéj nawet bez suszenia z dobrym skutkiem, ulatniający się alkohol powiększa działanie przeciwgnilne. 6) Cena téj gazy jest o poło-

wę niższa od Listerowskiéj. Gaza przy zapakowaniu mniéj miejsca zajmuje od juty, a nadto do oprawy jednéj i téj saméj rany potrzebujemy mniéj gazy niż juty.

Po wykładach Esmarcha i Brunsa wywiązała się nader ożywiona rozprawa, w któréj udział brali Bardeleben, Starcke, Martini, Ernst, Wolff, Küster, Kraske i inni. Bardeleben zgadza się z Esmarchem, żeby każdy żołnierz już gotową materyję przeciwgnilną miał ze sobą, bo na polu bitwy nie ma często ani najmniejszéj ilości wody, ani téż dosyć rąk i czasu do przyrządzenia choćby najłatwiejszego materyj przeciwgnilnych. Z tego względu uważa propozycyje Br. za niepraktyczne; nadto zwraca uwagę, że słoiki częstoby się potłukły. Przeciwko Esmarchowi utrzymuje zaś, że kwas salicylowy ulotniłby się z waty, wszytéj w mundur, bo jest tylko mechanicznie w małych kryształkach w niéj zawieszony. Inaczéj się rzecz ma z chlorkiem zynku, który B. na nowo wypróbował jako wyborny środek przeciwgnilny, a przytém jest bajecznie tani, tak że np. oprawa z juty zaprawionéj chlorkiem zynku na ranę po wyłuszczeniu uda kosztuje tylko 20 fenigów (10 centów). Jutę w następujący sposób zaprawia się chlorkiem zynku: 100 grmów chlorku zynku rozpuszcza się w 1000·0 wody bez wszelkiego dodatku, aptekarze lubią dodawać cokolwiek kwasu solnego, co nie jest dozwolonėm, bo niszczy włókna juty. W rozczyn ten zamacza się 1000,0 juty i ugniata się ją dopóty, dopóki wszystek płyn w nią nie wsiąknie. Następnie rozpościera się jutę i suszy na słońcu lub przy piecu. Pierwotnie B. obawiał się, że juta wcale nie uschnie, bo chlorek zynku — jak wiadomo — przyciąga wilgoć z powietrza i w otwartych naczyniach ustawiony rozpływa się. Obawa była na szczęście płonną. Jutę chlorkiem zynku zaprawioną można zachować jak najdłużéj; chlorek zynku nie ulatnia się, bo nie jest w kryształkach. Można więc z téj juty tworzyć wałki, placki, materace, można ją w beczki ubić i t. p. Obawa przed gryzącą własnością jest także płonną; jeżeli wydzielina rany go wymyje z juty, to go zarazem i tak rozcieńczy, że nie zauważano mimo bardzo częstego używania go w Charité wypiekania. (Teraz po badaniach Hacka z Fryburga), *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, XII tom, III zeszyt, które wykazały, że strupek powstały na ziarninie pod oprawą z chlorku zynku nieomal absolutnie chroni ranę od zakażenia, zdaje się, że środek ten większego dozna rozpowszechnienia. *Przyp. Spr.*) Martini (z Hamburga) zwraca uwagę, jak często juta lub wata salicylowa nawet z najlepszych fabryk pochodząca nie zawiera wcale kwasu salicylowego.

E. Wolff (z Berlina) twierdzi, że badania podjęte z polecenia ministerstwa wojny wykazały, iż chlorek zynku przecież cokolwiek się ulatnia z juty.

(Dokończenie nastąpi.)

Prof. Draschego: **O leczeniu suchót płucnych za pomocą wziewań będźwinianu sodowego.**

Sprawozdanie Dr. Wł. Ściborowskiego.

Mało która kwestyja z medycyny praktycznéj obudziła w ostatnich czasach tak powszechne zajęcie, jak leczenie suchót płucnych za pomocą wziewań rozczynu będźwinianu sodowego, ogłoszone przed kilku miesiącami przez Dr. Kroczaka asystenta klinicznego Prof. Rokitanskiego w Insbruku. Nic dziwnego zatém, że w każdém prawie czasopiśmie lekarskiém od owego czasu spotykamy się z artykułami obszerniejszemi lub krótszemi o tym przedmiocie. I w naszém czasopiśmie, jakkolwiek w roku przeszłym kilkakrotnie już była mowa o téj metodzie leczenia, podajemy obecnie w skróceniu artykuł pióra jednego z celniejszych lekarzy praktycznych i profesorów wiedeńskich Dr. Draschego, zamieszczony w nr. 50—52 czsp.: *Wiener medizinische Wochenschrift.*, rzucający nie małe światło na rzecz, o któréj mowa.

Podstawą téj metody ma być działanie będźwinianu sodowego niszczące drobne organizmy prątkowate *(bakteriele)*, które zdaniem Rokitanskiego są przyczyną suchót płucnych. Zresztą wziewanie przetworów kwasu będźwinowego wcale nie jest nowém, gdyż już od dość dawnego czasu w chorobach narządu oddechowego bywa stósowaném. Sam Drasche używał w ten sposób wymoku będźwinowego (*Tra benzoës)* przy leczeniu nieżytów oskrzelowych z obfitą wypociną, nie osiągnął atoli świetnych skutków. W celu niszczenia niższych organizmów pierwszy używał będźwinianu sodowego M. Schüller w Gryfii robiąc doświadczenia na zwierzętach. Pomyślne wypadki przezeń otrzymane skłoniły Moslera i Huetera do próbowania tego środka i u ludzi w klinikach miejscowych. Przypisywanie zatém pierwszeństwa pomysłu Rokitanskiemu jest niesłuszném.

W kilka tygodni po ogłoszeniu wiadomości przez Kroczaka wystąpił sam Rokitansky, objaśniając, że leczenie to nie polega wyłącznie na wdychaniach rozczynu będźwinianu sodowego. lecz że musi być połączoném z stósownėm zachowaniem higijeniczném i dyjetetyczném; obok oddychania czystém świeżém powietrzem chorzy powinni używać pokarmów pożywnych zwłaszcza tłustych, tranu, gliceryny i t. p Będźwinian sodowy ma niszczyć nośniki chorobowe w samych płucach, gdy do tychże dostanie się w stanie płynu rozpylonego; jako więcéj mechaniczne skutki tego sposobu leczenia uważa: oczyszczanie dróg oddechowych z gromadzącéj się w nich plwociny, a przez wyrzucanie téjże zapobieganie szerzeniu się choroby w płucach, złagodzenie kaszlu, zapobieganie zgęszczaniu się i zserowaceniu wydzielin chorobowych, wreszcie rozszerzanie uciśniętych komórek płucnych. Ostatni cel osiąga się również przez faradyzowanie mięśni klatki piersiowéj, czynnych przy oddychaniu. Używanie będźwinianu sodowego ma również wpływ wywierać na zmniejszenie gorączki.

Co się tyczy samego wdychania, R. podaje bardzo ścisłe wskazówki. Ilość najwyższą będźwinianu sodowego oznacza 1 grm. na 1000 grm. ciężaru ciała, a zatém chory ważący 60 kilogramów, powinien w ciągu doby zużyć 60 grm. leku w rozczynie 5% procentowym. Do wdychania używa przyrządu mniejszego Sieglego, lecz z pewną poprawką a mianowicie rurę, którą się do ust przysuwa i przez którą się wdycha, całkiem uważa za niepotrzebną, a nadto górny otworek rurki pionowéj zanurzonéj w płynie każe robić szerszy, i tak ustawia, aby koniec tegoż przypadał w połowie światła otworku rurki poziomėj; chorzy mają wdychać dwa razy na dzień, z rana i wieczorem. Przy wdychaniu należy głowę przysunąć do przyrządu, usta mocno otworzyć język wysunąwszy przytrzymać za koniec serwetką, albo przycisnąć łopatką, aby płyn wdychany ile możności z łatwością mógł się dostawać do dróg oddechowych. Przy wdychaniu chory powinien oddychać głęboko i tak długo, dopóki nie zacznie kaszleć; kaszel ma być dowodem, że lek dostał się do płuc. Pomimo kaszlu wdychać należy dalej, tak długo, dopóki przy kaszlu nic się już więcéj nie będzie

odpluwać; teraz dopiero wdychanie ma działać bezpośrednio na błonę śluzową niczém nie pokrytą.

Działanie przeciwgrzybkowe (niszczące niższe ustroje) będźwinianu sodowego wcale dotychczas nie jest dowiedzionem, równie jak nauka o powstawaniu suchot płucnych w skutek grzybków lub prątków, lubo Klebs utrzymuje, że utwory gruźlicze, niezależnie od innych części składowych właściwych ustrojowi, zawierają niższe organizmy w postaci ziarn i prętków (*monas tuberculosum*), które utrzymują się, mnożą i dają zaszczepiać. Teoryja ta, dotychczas niedowiedziona wcale, nie przyjęła się powszechnie; gdyby była prawdziwą, przy wziewaniach będźwinianu sodowego powinnyby się plwociny zmieniać, tracić owe utwory, a zmiany chorobowe na błonie śluzowéj krtani powinnyby ustępować; gdy tymczasem doświadczenie wcale tego nie potwierdza.

Aby się przekonać, czy przy wdychaniu płyny rozpylone za pomocą zwykle używanych przyrządów dostają się do oskrzeli i samych płuc, Drasche robił liczne doświadczenia. Doświadczenia te, do których używal różnych barwików, nie wyświetliły stanu rzeczy; dokładniejsze wypadki dały doświadczenia robione z sinkiem potasu żelezistym używanym do wdychania w rozczynie dziesięcioprocentowym. Doświadczenia te (obszernie przez D. opisane), robione z chorymi gruzliczymi, którzy już poprzednio nabyli potrzebnéj wprawy we wdychaniu, przekonały, że płyn wdychany rzeczywiście dostaje się głęboko do oskrzeli, i to w dość znacznéj ilości; niektórzy chorzy mocno wdychający opowiadali, iż czuli wyraźnie płyn wchodzący pod kością mostkową.

Co się tyczy ilości leku potrzebnéj podług Rokitanskiego dla osięgnięcia pożądanego skutku, a mianowicie 1 na 1000 cz. na wagę ciała, w rozczynie 5 procentowym, — nie podobna uwierzyć, aby ta ilość rzeczywiście dostawała się do ustroju, podobno zaledwie pewna część się dostaje. Weźmy za przykład chorego ważącego 50 kilogramów (a wielu waży więcéj); podług przepisu R. musiałby zużyć 50 grm. będźwinianu sodowego, rozpuszczone w 1000 grm. wody; doliczywszy do tego 250 grm. wody w postaci pary zużytéj, mamy 1300 grm., czyli prawie $1\frac{1}{2}$ litra płynu. W celu zużycia całéj téj ilości, trzeba kubek przyrządu inhalacyjnego napełniać 25 razy (po 42 grm.), do zużycia kubka potrzeba przynajmnie 6 minut, a zatém chory w ciągu dnia musiałby wdychać co najmniéj przez $2\frac{1}{2}$ godziny. Można wątpić, czy chory na gruźlicę wytrzymałby długo postępowanie tak nużące. Zresztą oznaczenie téj ilości jest bardzo dowolném i łudzącém; używając przyrządu Sieglego zwłaszcza bez rury wdechowéj, ileż płynu rozpyla się w powietrze, inna część jego opada w ustach, część przez wydychanie bywa wyrzuconą, tak że zaledwie mała ilość dostaje się rzeczywiście do dróg oddechowych; przyciskanie lub przytrzymywanie języka nie wiele pomaga, a niektórzy chorzy wcale go nie znoszą.

(Dokończenie nastąpi.)

Przibram, Krauth, Berthlod, Picot: **Działanie lecznicze kory quebracho przeciw duszności.**

Pierwszy w Niemczech zwrócił uwagę na lek ten, używany od dawna w południowéj Ameryce, prof. Penzoldt (*Berlin. klin. Wochft.* 1879 Nr. 19) chwaląc wyborne skutki, jakie po użyciu jego widział w rozmaitych postaciach duszności. Wkrótce potém wyraził się o środku tym bardzo pochlebnie Skoda, który sam na sobie miał doznać po nim znakomitych skutków. Niemniéj gorąco poleca korę rośliny *quebracho* prof. Przibram w Pradze (*Wien. med. Blätter* 1879, Nr. 52), oświadczając: 1) że lek ten działa wybornie (aczkolwiek tylko symptomatycznie i przemijająco) w przypadkach duszności powstałéj skutkiem rozedmy płuc, nieżytu oskrzelowego i zapalenia opłucny; 2) że mimo dłuższego (9 dni z rzędu) podawania lek ten nie psuje trawienia, nie osłabia czynności serca i żadnych w ogóle nie wywołuje nieprzyjemnych skutków ubocznych. Jak wybornie środek ten działa w rozmaitych postaciach duszności, bez względu na jej przyrodę, wypływa z doniesień Dra Krautha (*Memorabilien*, 1879, Nr. 51) i Dra Berthloda (*Berlin. klin. Wochft.* 1879 Nr. 52). Pierwszy postrzegał bardzo pomyślne po nim skutki w 2 przyp. duszności w przebiegu wady sercowéj z ogólną puchliną, w 3 przyp. choroby Brighta po szkarlatynie, w 1 przyp. gruźlicy i urazowego zapalenia opłucny; drugi opisuje 15 przyp. różnych chorób połączonych z dusznością, w których kora *quebracho* nigdy go nie zawiodła. U 65-letniego starca cierpiącego na *asthma convulsivum* zauważał po użyciu 3 łyżeczek *tincturae quebracho* w ciągu trzech godzin natychmiastową prawie ulgę; ilość ruchów oddechowych z 64 spadła na 30, tętna z 108 na kilkadziesiąt; duszność ustąpiła zupełnie, głos stał się dźwięcznym i silnym, zaczerwienienie twarzy i przepełnienie żył szyjnych znikło. Równie pomyślne działanie postrzegał B. w rozedmie płuc, niedomykalności zastawki dwukończystéj, stłuszczeniu mięśnia sercowego itp., mniéj wybitne w suchotach płucnych. Zauważył także, iż *extr. quebr. spirituosum* działa wybornie w biegunkach. Dzieciom przepisywal pigułki z *extr. quebr. spirit. 0·10 pro dosi*, po 10 pigułek dziennie.

Jako dodatek do powyższych postrzeżeń klinicznych namienić tu należy doświadczenia Dra Picota, który przeciw męczącéj go duszności podczas wycieczek w góry używał kory *quebracho* i zauważył, że mimo odbycia równéj drogi, w dniu, w którym zażył 15·00 *tinct. quebr.*, liczba tętna z 64 podniosła się tylko do 80, a liczba oddechów z 16 na 30, podczas gdy bez poprzedniego użycia leku tętno zwykło się podnosić do 94 a ruchy oddechowe do 42. Ubocznych skutków również i Dr. P. nie zauważał żadnych. Dodać tu jeszcze winienem, że Dr Krauth poleca następujący przepis: Rp. *Extr. quebracho aquosi 5·00, Aquae destill. 25·00 MDS.* Co 3 godz. po łyżeczce. *Dr. Smoleński.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Kronecker i Sander ogłaszają następujące postrzeżenie: Po nacięciu tętnicy dogłowowéj u jednego psa ważącego 13.000 grm. wypłynęło 600 grm. krwi (czyli około 0·6 całéj ilości krwi), u drugiego o ciężarze ciała 7.000 grm. odpłynęło 275 grm., tj. około 0·5 całéj ilości krwi. Gdy już skutkiem tak znacznego krwotoku czynność serca bardzo osłabła, wstrzyknięto do żyły szyjnéj zewn. obydwom psom alkaliczny rozczyn soli kuchennéj, w ilościach odpowiadających utracie krwi. Zwierzęta, o których życiu już zwątpiono, rychło przyszły do siebie a po paru dniach zupełnie były zdrowe. Powyższy rozczyn składa się z 6 grm. soli kuchennéj, 0·05 wodnika sodowego na litr wody destylowanéj (38° C.). Gdyby sposób ten okazał się skutecznym u ludzi, możnaby nim nieraz korzystnie zastąpić przetaczanie krwi. (*Berl. klin. Woch.* 1879, Nr. 52).

Kofein jako środek moczopędny. Gubler uważa kofein i pokrewne mu alkaloidy za najlepsze i najpierwsze ze

środków moczopędnych. Pod względem fizyjologicznym ważném jest, że podczas ich używania w chwili kiedy ilość moczu się zwiększa, obniża się linija krzywa tętna: tętno i mocz zachowują się zatém odwrotnie. Wydzielanie moczu zwiększa się tego samego dnia a niekiedy na drugi dzień, można więc działanie ich uważać za natychmiastowe, co ważném jest. jeżeli chodzi o wywołanie szybkiéj diurezy. Linija krzywa tętna obniża się dopiero na drugi dzień. Gubler uważa ten środek za najużyteczniejszy osobliwie u chorych, którzy nie mogą nic innego znosić. Zadaje się go w ilości 25 do 50 cgr. na dobę i to najlepiéj w następującéj formie:

Rp. Coffeini 0·50
Syrupi menthae 30·00
Aq. melissae 80·00
MDS. po łyżce zażywać.

Gubler nie uważał po użyciu kofeinu zmniejszenia się snu, ani podniecenia umysłowego, jak to niektórzy autorowie spostrzegali. Chory spi nawet więcéj niż zwykle. lecz snu nie sprowadza działanie leku bezpośrednie, tylko nagłe polepszenie się stanu ogólnego. Jedném słowem, nie spostrzega się wszystkich objawów podniecenia, jakie sprowadza użycie kawy, gdyż te własności podniecające są najprawdopodobniéj wynikiem istoty lotnéj kafeonu, któréj nie ma w kofeinie. *(Société de thérap.)* *P.....i.*.

ss) W miejsce osławionego już dziś będźwinianu sodowego poleca Dr. Müller z Berlina do inhalacyj w suchotach płucnych: Rp. Acidi salicylici 25·00, Boracis 19·5, Aq. destill. 750·00. Czy środek ten okaże się lepszym niż będźwinian sodowy, czy téż równie będzie skutecznym, dalsze próby okażą.

* *Extr. aq. secalis cornuti* stósował Toselli u obłąkanych z dość dobrym skutkiem; mianowicie działa ten środek korzystnie w przekrwieniu mózgowém, sprowadza polepszenie w zadumie połączonéj z bezsennością i przeczulicą, oraz ułatwia sprawę miesiączkowania usuwając zarazem przekrwienie opon mózgordzeniowych. Dawka w miarę przypadku od 0·50—4·0 gramów. *(Allg. Zeitschr. f. Psych. 1879, 1).*

ss) Jako pewny środek na spędzenie tasiemca poleca Roth przepis Lutzego, według którego chory zażywa z rana na raz 10·00 *Extr. filicis* naczczo; lek winien być dobrze ogrzany i przed użyciem zakłócony; w 2 min. potem podaje się choremu 2 łyżki olejku rącznikowego a w razie potrzeby i łyżkę gorzkiéj soli. Na dzień przed użyciem leku zaleca się dyjetę ścisłą oraz łyżeczkę soli gorzkiéj. *(Allg. med. Central-Zeitg.* 1879, Nr. 22).

ss) Dr. H. Kisch *(Berl. klin. Wchft.* 1879, N. 52) poleca miejscowe stósowanie jodoformu w niektórych cierpieniach części rodnych kobiecych. W przewlekłém zapal. macicy lek ten przyczynia się rychło do zmniejszenia się przerostowego obrzmienia, do wessania wybujałości około ujścia macicznego, zmniejsza wypływ z macicy, goi owrzodzenia i uśmierza różne dolegliwości nerwowe. Równie skutecznym ma być lek ten w przewlekłym nieżycie błony śluzowéj macicy, nadżerkach i owrzodzeniach ujścia macicznego, jak niemniéj w przewlekłych zapaleniach otrzewny i tkanki łącznéj miednicy *(perimetritis, pelveoperitonitis, parametritis)*, gdzie w krótkim czasie przyczynia się do wessania nacieków wypocinowych i znosi bóle. K. używa rozczynu z 1 części jodoformu na 10 cz. gliceryny, z dodatkiem 6 kropel *ol. menth. pip.* (przed użyciem zakłócić!). W rozczynie tym zwilża tampony, które zakłada do sklepienia pochwowego na kilka godzin, a równocześnie wciera ten sam rozczyn przez 2—3 min. zewnętrznie w okolice pachwin, pokrywając następnie miejsca te cienkim papierem gutaperkowym. Najlepiéj radzi czynić to na noc, nazajutrz rano tampony wyjąć, a okolice pachwin zmyć letnią wodą.

Joffroy. Bromek potasu jako środek przeciw kurczowi głośni, występującemu po operacyi tracheotomii. Jeśli w dni kilka po otwarciu tchawicy, przy szczęśliwym przebiegu dławca lub błonicy, usiłujemy usunąć kaniulę, często powstają tak groźne przypady zaduszenia, że spieszne ponowne założenie kaniuli staje się niezbędném. Przypisując te przypady kurczowi głośni, autor tłumaczy je tém, że błona śluzowa tego narządu, będąc osłonięta kaniulą, odzwyczaja się od tarcia przechodzącego powietrza, po usunięciu zaś kaniuli wchodzące i wychodzące powietrze działając pobudzająco na narząd chorobowo drażliwy, wywołuje odruch, którego następstwem jest silny kurcz i zaciśnienie szpary głosowéj. Autor w przypadkach przez siebie operowanych zadawał dzieciom po 2·0 bromku potasu dziennie i nazajutrz już mógł wyjąć kaniulę bez wywołania następowych przypadów duszności, ze skurczu głośni powstających. *(Revue mensuelle.* Nr. 10). *A. Kw.*

* Prof. Maschka w Pradze opisuje (w *W. med. Woch.* 1879, Nr. 51) przypadek nadzwyczaj szybkiego rozpadu ciała człowieka, który z powodu nieuleczonego cierpienia prawdopodobnie odebrał sobie życie, a po śmierci leżał przez 9 tygodni (od 21 maja do 24 lipca) w zbożu na polu. Czaszka próżna i ogołocona z części miękkich była oddzieloną od kadłuba, żuchwa odłączoną była od czaszki, kręgi poszczególne leżały osobno itd., słowem przedstawiał się całkowity prawie rozpad szkieletu. Lekarze orzekli, że resztki zwłok pochodzą od człowieka, który umarł przed $1\frac{1}{2}$—2 laty; sprawdzono atoli tożsamość zwłok i przekonano się, że nie więcéj nad 9 tygodni upłynęło od zniknięcia tego człowieka. M. bardzo słusznie tłumaczy szybki rozpad ciała leżeniem onego w porze gorącéj na polu otwartém, gdzie było narażoném na wilgoć i gorąco oraz na uszkdzenie przez zwierzęta drapieżne i robactwo. *(Sprawozdawca* widział znaczny rozpad ciała, które w porze gorącéj leżało w lesie przez dni 8—9: po upływie tych kilku dni już cała czaszka była ogołoconą z części miękkich).

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XXI. z dnia 16go grudnia 1879 roku.

Przewodniczący Dr. Sciborowski. Obecnych członków 25.

1) Przewodniczący złożył do księgozbioru T. L. trzy broszury nadesłane przez Dra Mieczysława Malcza z Warszawy czł. kores. Tow., a mianowicie: Klimatologija Hyères, Metoda inhalacyjna środków lekarskich i *Déscription d'Appareil-Inhalateurvaporisateur hygiénique.*

2) Przewodniczący przedstawił Dra Aleksandra Kremera na członka honorowego Tow. lekarskiego. Wspomniony kolega był jednym z założycieli Tow. lekarskiego, pierwszym jego prezesem, a póżniéj ciągle czynnym członkiem tak w samém Tow., jakotéż i w jego Komisyjach, zwłaszcza terminologicznéj i redakcyjnéj.

3) Przyjęto do Towarzystwa jako członków korespondentów Dra Aleksandra Hausera lekarza pułkowego w Tarnowie, i Dra Macieja Kwiecińskiego w Oświęcimie.

4) Przewodniczący przypomina kolegom, zwłaszcza przewodniczącym Komisyj stałych i urzędnikom Tow. lek., że posiedzenie doroczne odbędzie się d. 7 stycznia 1880, aby na nie przygotowali sprawozdania.

5) Kol. Grabowski w imieniu Komisyi wybranéj w celu wydania zdania, czyby nie wypadało połączyć Komisyi higi-

jenicznéj (która w roku bieżącym wcale nie była czynną) z kom. lekarsko-sądową, wnosi co następuje: Ponieważ żadna z wspomnionych Komisyj nie zainteresowała kolegów, jak się tego spodziewano, czego dowodem nader mały udział czynny kolegów, Komisyja wnosi, aby obiedwie Komisyje stałe, o których mowa, zwinąć, a materyjały, jakie na posiedzeniach tychże miały być odczytywanemi, może więcéj wzbudzą zajęcia na posiedzeniach zwyczajnych Towarzystwa.

Kol. Blumenstok motywuje wniosek Komisyi têm, że chodziło głównie o to, aby materyjalu naukowego i praktycznego nie rozdrabniać, lecz zachować na posiedzenia Towarzystwa, z tego zatêm powodu byłby za zwinięciem i innych Komisyj stałych. Kol. przewodniczący przemawia za utrzymaniem Komisyi balneologicznéj, w któréj zakres działania wchodzą rzeczy może mniéj zajmujące dla ogółu kolegów, a któréj pożytecznego działania i wpływu na zdrojowiska krajowe zaprzeczyć niepodobna. Towarzystwo przyjmuje wniosek Komisyi zwinięcia Kom. higijenicznéj i lekarsko-sądowéj.

6) Przewodniczący odczytał sprawozdanie Komisyi stałéj, zawiązanéj w celu popierania przemysłu krajowego, w zastósowaniu do celów leczniczych, oceniając wartość nadesłanych przedmiotów (zamieszczone w Nrze 52 Przeglądu Lek. z r 1879).

7) Przewodniczący okazał pigułki z jodku żelaza (Blancarda) wyrobu miejscowego aptekarza p. F. Gralewskiego. Pigułki te znanego składu chemicznego co do wyrobienia i powierzchowności nie ustępują zagranicznym, a cena ich prawie o połowę jest niższą.

8) Kol Jordan jako sprawozdawca Komisyi, wybranéj na ostatniém posiedzeniu, mającéj podać nowe wnioski dotyczące połączenia działalności naszego Towarzystwa z Tow. lekarzy galicyjskich, odczytał wnioski téjże Komisyi, wraz z motywami za niemi przemawiającemi.

Po odczytaniu wniosku wszczęła się dyskusyja, w któréj brali udział koledzy Blumenstok, Obaliński, Domański, Bogdanik, Zarewicz, Warschauer, Grabowski, Wilkosz, Rybczyński, Jakubowski, Żuławski, Wasylewski, przewodniczący i sprawozdawca Komisyi.

Po przyjęciu części wniosków dalszą dyskusyję dla spóźnionéj pory odłożono do posiedzenia nadzwyczajnego, które się odbędzie d. 22 grudnia.

Posiedzenie XXII. nadzwyczajne z d. 22 grudnia 1879.

Przewodniczący Dr. Sciborowski. Obecnych członków 21.

1) Członka czynnego Tow. Dra Aleksandra Kremera zamianowano jednomyślnie członkiem honorowym Towarzystwa.

2) Wybrano Komisyję do sprawdzenia rachunków Towarzystwa za rok 1879, w skład któréj weszli koll. prof. Domański i Machek.

3) Kol. prof. Domański postawił następujący wniosek: W dniu 12 stycznia 1881 upływa 50 lat od chwili otrzymania stopnia doktorskiego przez czcigodnego profesora i prezesa Dra Józefa Majera. Uważając wszelkie motywa za zbyteczne, Towarzystwo lek. krak. wyznaczy natychmiast Komisyję złożoną z 5 członków, która ma się zastanowić, w jaki sposób ma Towarzystwo nasze obchodzić wymienioną 50-letnią rocznicę; równocześnie poleca się téjże Komisyi, by wnioski w téj sprawie przedłożyła ogólnemu zebraniu Towarzystwa na drugiém posiedzeniu styczniowém 1880.

Wniosek ten przyjęto jednomyślnie, a do Komisyi wybrano koll. Domańskiego, Jordana, Kwaśnickiego, Rydla i Macheka.

4) W dalszéj dyskusyi nad wnioskami Komisyi tyczącemi się połączenia Tow. lek. krak. z Tow. lekarzy galic., zabierali głos koll. Jordan, Rydel, Domański, Zarewicz, Warschauer, Obaliński, Wilkosz, Wasylewski, Grabowski, Paszkowski; w końcu przyjęto wniosek komisyi w następującéj osnowie:

1) Towarzystwo lek. krak., chcąc członkom swoim czynnym ułatwić współudział w kasie wsparcia wdów i sierót po lekarzach, istniejącéj przy Towarzystwie lekarzy galicyjskich, uchwala: *a)* Tow. lek. krak. zapłaci za każdego z teraźniejszych i przyszłych swoich członków czynnych, którzy nie są członkami Tow. lek. galic., już wniesioną przez tychże wkładkę wstępną po 10 złr. w. a. do funduszu żelaznego Tow. lekarzy galic. *b)* Tow. lek. krak. płacić będzie w przyszłości za każdego ze swoich członków czynnych rocznie po 2 złr. w. a. z dołu do funduszu wsparcia wdów i sierót przy Tow. lekarzy galic. *c)* Czynni członkowie Tow. lek. krak., którzy są zarazem członkami Tow. lekarzy galic. przestają płacić oddzielnie wkładkę roczną do funduszu wsparcia wdów i sierót. *d)* Członek czynny Tow. lek. krak. przechodzący w poczet członków korespondentów tegoż samego Towarzystwa, wnosi osobiście od chwili wydalenia się z Krakowa roczną wkładkę 2 złr. do téj saméj kasy wsparcia wdów i sierót. *e)* Towarzystwu lek. krak. służy prawo mianowania dwóch delegatów do zasiadania w radzie zawiadowczéj i walném zebraniu Tow. lek. galic., w sprawach funduszu zapomóg i funduszu żelaznego Tow. lekarzy galic.

2) Towarzystwo lekarzy galic. nawzajem uchwali: *a)* organem Tow. lekarzy galic będzie Przegląd Lekarski w Krakowie wychodzący. *b)* Tow. lekarzy galic. płacić będzie za wszystkich swoich członków czynnych, którzy nie są czynnymi członkami Tow. lek. krak, rocznie po 7 złr. w. a. jako prenumeratę roczną za Przegląd Lekarski w ratach kwartalnych z dołu *c)* Tow. lekarzy galic. mianuje dwóch członków do Komisyi redakcyjnéj w Towarzystwie lek. krak *d)* Członkowie czynni Tow. lek. krak. tudzież ich żony i sieroty używać będą wszystkich praw, jakie członkom Tow lekarzy galic. służą pod względem funduszu wsparcia wdów i sierót po lekarzach.

3) Umowa niniejsza trwa dopóty, dopóki jéj wypowiedzenie na pół roku naprzód nie nastąpi. W razie zerwania téj umowy pod względem Przeglądu Lekarskiego, członkowie czynni Tow. lek. krak., za których Towarzystwo to wkładkę wstępną i roczną uiściło, pozostają przy nabytych niniejszą umową prawach, pod warunkiem uiszczania nadal rocznych wkładek po 2 złr. w. a.

4) W razie zachodzących nieporozumień każda strona wybierze po dwóch sędziów polubownych, którzy wspólnie przybiorą superarbitra celem załatwienia sporu, a ich orzeczeniu poddają się strony nieodwołalnie. Sąd odbędzie się w razie jeżeli będzie chodziło o sprawę kasy wsparcia we Lwowie, jeżeli o sprawę Przeglądu w Krakowie.

5) Na wniosek kol prof. Domańskiego i Obalińskiego uchwalono gdy umowa powyższa przyjdzie do skutku zniżyć także prenumeratę Przeglądu Lek. dla członków korespondentów Tow. Lek. krak.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Wasylewski.*

V. Kilka wyjątków z księgi Hippokrata: O powietrzach, wodach i miejscach.

Z greckiego przełożył i kilku wyjaśnieniami opatrzył

prof. Dr. **Józ. Oettinger.**

Przekładom starożytnych autorów klasycznych już dla tego odmówić nie można pożytku, iż przyswajają piśmiennictwu ojczystemu niezrównane wzory tchnące dziewiczą świeżością pierworodnego gienijuszu a zniewalające zarówno trafnością i głębokością pomysłów, jak wdziękiem pełnéj powabu prostoty i jędrnością stylu.

Należą do nich rodzime płody Hippokrata, które słusznie zaliczają się do owych cudnych objawów, jakie dawna Hellada w porze najbujniejszego swojego rozkwitu wydała na każdém polu działalności uzacniającéj, czy to ze względu na swobody i cnoty obywatelskie, czy to na sławę wojenną, czy to w dziedzinie płodnéj myśli i twórczéj sztuki. Dzieła i imię wielkiego lekarza greckiego stają godnie obok Periklesów, Temistoklów, Platonów, Tukidydesów, Eurypidów i Arystofanesów.

Podaję z księgi: „O powietrzu, wodach i miejscach“ ciekawe ustępy etnologiczne. O jéj osnowie i wartości uczyniłem już wzmiankę w Przeglądzie Lek. w Nrach 33 i 34 str. 393 i 405 r. 1879, gdzie wskazałem, że to pierwszy niejako zarys patologicznéj jeografii, wytknięty jako przyszłe zadanie nauki lekarskiéj przez pierwszego jéj umiejętnego uprawiacza a objaśniony świetnym przykładem. Autor zaj

muje się w niéj skreśleniem czworakich wpływów na ustrój człowieka: 1) położenia miast i osad względem słońca i wiatrów; 2) rodzaju wód tak zbawiennych jak szkodliwych; 3) pór roku i ich szczególnych odmian; a nakoniec 4) różnych krajów pod względem ich właściwości fizycznych i moralnych, uwydatniając głównie wybitne różnice między Europą a Azyją.

Wyjątki następne odnoszą się do części ostatniéj, która się rozpoczyna od rozdziału 12go wydania Littrégo. Do objaśnień nie wiele nastręcza się pola, z uwagi, że wykład sam przez się jest jasny a zwięzły, malujący naiwną swą prostotą najwierniéj ówczesne ludów przymioty i obyczaje, a przynajmniéj panujące o nich w Helladzie wyobrażenia. Nawijająca się gdzie niegdzie uwaga znajdzie pomieszczenie w dopisku, aby nie psuć wrażenia pierwotworu.

Co do przekładu samego winienem wyrazić moje przekonanie, że wielkie podobieństwo budowy obu języków, tj. greckiego i polskiego, czynią zadanie tłumacza, nie powiem, łatwiejsze, ale wdzięczniejsze, bo wszystkie zalety i uroki samejże mowy wyciskać zdołają rodzime swoje piętno na téj giętkiéj, podatnéj, jak wosk przytulającéj się formie naszego języka, która to wierność nawet zewnętrzna ani w niemieckiém, ani we francuskiém, żadną miarą osiągnąć się nie da, zacierając się niemal całkowicie.

Nie pochlebiam sobie, abym zdołał wydobyć wszystkie korzyści z tego szczęśliwego między starożytnym a naszym językiem powinowactwa, ale to pewna, że pod wpływem tego czaru tłumaczyłem.

Pod ręką miałem trzy wydania: Teodora Zvingera z r. 1579 in fol. ogłoszone w Bazylei, Kühna w Lipsku z r. 1825—1827, które jest przedrukiem Foezyusza z XVI stulecia i Littrégo paryskie z r. 1840, do którego ważnych poprawek i sprostowań odnoszących się do pierwotnego brzmienia saméj osnowy się zastosowałem.

---

12. Chciałbym tedy o Azyi i Europie wskazać, o ile się różnią od siebie nawzajem w ogólności, tudzież o postaci ludów, że jest odmienna i wcale nie podobna jedna do drugiéj. Wszakże o wszystkiém wiele byłoby mówić, o tém jednak co najgłówniejsze i co najwybitniéj się różni opowiem, jak się rzecz ma według mojego zdania.

Owoż twierdzę, że Azyja wielce się różni od Europy co do przyrody wszystkiego, tak co do tego, co wydaje ziemia, jak i co do ludzi; albowiem wszystko daleko piękniejsze i większe rodzi się w Azyi, a ziemia jedna nad drugą żyzniejsza i obyczaje ludzi łagodniejsze i potulniejsze. Przyczyną zaś tego umiarkowanie pór, gdyż leży w środku między wschodami słońca [1]) ku porankowi a daléj od zimna. Wzrost zaś i żyzność stąd nadewszystko pochodzi, gdy nic nie przemaga silnie, a we wszystkiém panuje równowaga Aleź i w Azyi nie wszędzie bywa jednako, lecz kraj, co leży w środku między ciepłem a zimnem, taki najplenniejszy jest w owoce i drzewa i najpogodniejszy i najpiękniejsze mu służą wody, tak napowietrzne jak podziemne. Ani bowiem od gorąca nie jest zbyt spieczony, ani od skwarów i bezwodności nie wysycha, ani téż zmożony jest od zimna, gdyż zraszany bywa obfitemi deszczami i śniegiem, stąd rozumie się, że tam plon rodzi się obfity jużto z zasiewów, jużto z roślin, jakie ziemia sama od siebie wydaje, a których owocami ludzie się posługują uszlachetniając dzikie i stosownie je przesadzając. A hodowany dobytek oczywiście dobrze się wypasa i płodzi wiele a gęsto i chowa się wybornie, a ludzie bywają zażywni i bardzo kształtni i co do wielkości rośli, i jak najmniéj się różnią między sobą co do kształtu i wielkości. Podobno kraj taki zbliża się najbardziéj do wiosny przyrodą swą i umiarkowaniem pór. Męstwo zaś i wytrzymałość na trudy i pracowitość i odwaga trudno, aby w takiéj przyrodzie rozwinąć się zdołały bąć u plemienia rodowitego, bąć u obcego, lecz rozkosz koniecznie góruje [1]) . . . .

¹) Między wschodem letnim a zimowym.

Dla tego téż między zwierzętami rodzą się wielokształtne. Owoż co do Ajgipcyjan i Libyjczyków tak mi się rzecz wydaje.

13. Co się tyczy krajów położonych po prawéj letnich wschodów słońca aż po bagno Majotyckie [2]), (ono bowiem jest granicą między Europą a Azyją), to tak się tąm rzecz z niemi. Ludy tam bardziéj się różnią nawzajem niż wzmiankowane powyżéj dla zmienności pór i przyrody ziemi. Ma się bowiem z ziemią podobnie, jak zresztą i z ludźmi. Gdzie bowiem pory największym i najczęstszym ulegają zmianom tam, i ziemia bywa najdziksza i najnierówniejsza i znajdziesz tam gór wiele a porosłych i równiny i łąki, gdzie zaś pory nie bardzo się zmieniają, tam i ziemia bywa jednaka. Ma się tak i z ludźmi, gdyby kto chciał na to baczyć. Są bowiem przyrody, jedne podobne do gór lesistych a wodnistych, drugie do gładkich a bezwodnych, te znów do okolic łączystych i bagnistych, owe do równiny i ziemi gołéj a suchéj. Pory albowiem zmieniające kształtu przyrodę bywają różne, a jeżeli już same między sobą się różnią, to różnice i to większe powstają w postaciach.

14. Mniejsze ludów różnice pominę, o wielkich zaś co do przyrody i zwyczaju opowiem, jak się z niemi rzecz ma. A naprzód o wielkogłowach [3]), niema bowiem żadnego innego ludu, coby podobne miał głowy. Z początku wprawdzie zwyczaj był główną przyczyną wielkości głowy, obecnie zaś i przyroda pomaga zwyczajowi, poczytują bowiem mających głowę jak największą za najszlachetniejszych. Ze zwyczajem tym tak się rzecz ma: jak tylko dziecię się urodzi, to główkę jego jeszcze cienką, gdy jest miękka, przekształcają rękoma i zmuszają do zwiększania się wzdłuż zakładając opaskę i stosowne przyrządy, od czego kulistość się psuje a długość wzrasta. Tak z początku dokazał zwyczaj, iż przez gwałt taka powstała przyroda, z postępem atoli czasu przeszło w przyrodę i nie potrzeba już było zniewalać zwyczajem. Nasienie bowiem z ciała zewsząd pochodzi, od części zdrowych zdrowe, od chorych chore. Jeżeli więc z łysych rodzą się łysi, a z modrookich modroocy, a z wykrzywionych krzywi, jak to bywa również po naj-

¹) W tém miejscu jest znaczna szczerba; nie dostaje snać ustępu, w którym była mowa o Ajgipcyjanach i Libyjczykach a zatém nie o Azyjatach lecz o Afrykanach, jak zachowany i ze związku wyrwany szczątek następny wskazuje.

²) Dzisiejsze morze Azowskie.

³) Opisany kształt zwie się dzisiaj Dlugogłowym (*Dolichokephalus*)); wiarogodność starożytnego autora sprawdzoną została po upływie 23ch przeszło wieków, bo w r. 1843 sprawozdaniem z wykopalisk krymskich, które w tymże roku ogłosił w Virchowa Archiwie *(f. Anat. u. Physiologie* Zeszyt II. str. 142) H. Rathke pod napisem: „*Ueber d. Makrocephalı, bei Kertsch in der Krimm*“. Znaleziono tam bowiem dwojakie grobowiska: jedne helleńskie z cechami czaszek rasy kaukazkiéj, drugie zas z czaszkami tak wybitnie wydłużonemi, iż uderzały uwagę nawet prostaków nieświadomych anatomicznéj budowy ciała.

większéj części co do innych kształtów, to czemużby z wielkogłowa nie miał się rodzić wielkogłów? Teraz jednakże podobnie jak pierwéj już więcéj nie powstają, zwyczaj bowiem już nie panuje z powodu obcowania z innymi ludźmi. Owóż co do tego ludu, tak mi się rzecz wydaje.

15. Co do mieszkańców Fazydy [1]), to ów kraj jest bagnisty i ciepły i wodnisty i gęsto porosły, deszcze tam padają przez całą porę obfite a ulewne. Życie ludzie spędzają śród bagien, domy są drewniane i trzcinowe, budowane na wodzie, małéj oni używają przechadzki po mieście i targowisku, lecz czółnami jednopniowemi pływają w górę i na dół, liczne bowiem są przekopy (kanały). Wodę pijają ciepłą i stojącą a gnijącą od słońca i wzbierającą od deszczów. Sama zaś Fazys ze wszystkich rzekj jest najleniwsza i płynie najwolniéj. A owoce tam zrodzone wszystkie są niedorodne i wątłe i niedojrzałe od zbytku wody, przez co niedojrzewają, a mgła ciągła ogarnia kraj od wód. Dla tych to przyczyn Fazyjanie mają wejrzenie odmienne od reszty ludzi, co do wielkości rośli, co do grubości zbyt otyli, nie widać żadnego stawu ani żyły, cerę mają żółtą jakby dotknięci żółtaczką, najgrubszym mówią głosem z pośród wszystkich ludzi, gdyż nie używają świeżego powietrza, lecz brudnego i mglistego a do natężeń ciała mniéj są zdolni. Pory zaś nie wiele się zmieniają czy to pod względem skwaru czy zimna, a wiatry częste południowe, oprócz jednego powiewu miejscowego, ten zaś dmie niekiedy silnie a przykry i ciepły a Kenchronem wiatr ten zowią. Północny nie bardzo dochodzi, gdy zaś wieje, to słabo i nieznacznie. Co do różnéj przyrody i postaci mieszkańców Azyi i Europy tak się rzecz ma.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. Ospa łagodnieje w Londynie Leczy się w szpitalach 51, umarło 2, zapadło świeżo 2. I w innych miastach umarło mniéj: w Wiedniu 3, w Budapeszcie i Tryjeście po 2, w Barcelonie 7, w Paryżu 27, w Petersburgu 5, w Odessie 4. Tylko w Bukareszcie umarło 34. Odra ustaje w Londynie, Liverpoolu i Kopenhadze, z płonicy umarło więcéj w Bukareszcie. Z krztuśca umarło w Londynie 129. Z duru osutkowego umarło w Londynie, Warszawie i Bukareszcie po 1, w Petersburgu 13. W Krakowie umarło do 30 m.: 8 z ospy, 2 z płonicy, 1 z dławca, 1 z duru brzusznego, 1 z róży, a doniesiono w tymże tygodniu o 10 przypadkach ospy (ze Smoleńska l. 59 i 2 z pod l. 64, z placu p. Maryi l. 376, z ulicy Franciszkańskiéj l. 167, z Grobli l. 21, z ul. św. Jana l. 301, 2 z koszar Franc. Józefa, 1 ze szpitala św. Łazarza); 7 ospianki (z ul. Kanoniczéj l. 126, z Podgórza, 2 z koszar Franc. Józefa, 1 z koszar Rudolfa, 2 na Zamku); 3 ospicy (z Podgórza, z Kościuszki i z ul. Wolskiéj); 2 róży; 1 płonicy (z ul. Rajskiéj l. 33); 2 krztuśca, 1 dławca

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 52 umarło na 1000 i rok w Krakowie 47,0; we Lwowie 29,6; w Warszawie 21,7; w Poznaniu 23,4; w Wiedniu 28,3; w Budapeszcie 32,4; w Pradze 41,3; w Tryjeście 44,8; w Berlinie 25,2; w Wrocławiu 27,2; w Monachijum 31,9; w Dreznie 27,5; w Lipsku 23,9; w Bazylei 21.0; w Brukseli 34,9; w Paryżu 32,1; w Londynie 27,1; w Kopenhadze 23,8; w Stokholmie 18,7; w Petersburgu 41,5; w Odesie 31,2; w Bukareszcie 48,9; w Barcelonie 43,8; w Aleksandryi 41,5; w Nowym Yorku 26,4; w Bombayu 34,9; w Madrasie 34,2. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 stycznia. Na ostatniém zeszłoroczném posiedzeniu Tow lekarskie nasze na wniosek prezesa obrało jednomyślnie członkiem swym honorowym Dra Aleksandra Kremera. Wyborem tym jednomyślnym Towarzystwo uczciło rozliczne zasługi zacnego ze wszech miar kolegi, który pomimo podeszłego wieku do niedawna należał do najczynniejszych jego członków i przyświecał młodszym przykładem swoim; pokolenie młodsze lekarzy przyklaskując wyborowi uczciło zapewne zasługi gorliwego pracownika na polu słownictwa lekarskiego oraz uznało takt koleżeński, nadzwyczajną życzliwość starszego kolegi dla wszystkich młodszych adeptów i niezwykłą już teraz ochoczość do oddawania usług i udzielania rad każdemu, kto takowych tylko zapragnął; koledzy starsi nadto przypomnieli sobie, że Dr. A. Kremer był założycielem i pierwszym prezesem Towarzystwa naszego, przypomnieli sobie, że jeżeli Towarzystwo nasze zdobyło sobie uznanie w kraju, uznanie to w wielkiéj części należy się temu koledze, który zaledwie powróciwszy do gniazda rodzinnego krzątał się koło zespolenia rozstrzelonych sił lekarskich w instytucyję, która dla całego pokolenia stała się prawdziwą szkołą rozpraw, palestrą lekarską, a dla wielu szczeblem do osiągnięcia katedr uniwersyteckich A jeżeli nie małą jest zasługą Towarzystwa naszego, że śmiało przejęło z rąk b. Towarzystwa Naukowego Przegląd Lekarski i dopomogło mu do rozwoju, bądź co bądź w naszych stósunkach niezwykłego, to i wielka część téj zasługi spływa na Założyciela Towarzystwa, który żywił i żywi nieprzerwanie największą życzliwość dla tygodnika naszego i nietylko dawniéj należał do gorliwych jego współpracowników, ale i teraz, pomimo że od dłuższego czasu złożony jest niemocą, nie odmawia mu poparcia swego i przysparza mu materyjału. Mniemamy przeto, że będziemy wyrazem wszystkich kolegów i czytelników Przeglądu Lek., jeżeli wypowiadając radość naszą z powodu zaszczytu, który dostał się w udziale tak zasłużonemu i zacnemu koledze, wynurzymy zarazem serdeczne życzenie: Oby czcigodnemu Koledze dozwoloném było rychło zająć znów wśród nas miejsce, na które zaufanie wszystkich kolegów go powołało i powołuje!

* Wczoraj odbyły się w Tow. lekarskiém naszém wybory urzędników na rok przyszły. Wybrani zostali: prezesem Dr. Jonatan Warschauer, wiceprezesem Dr. Kazimierz Grabowski, sekretarzem stałym Dr. Aleksander Zarewicz, podskarbim Dr. Alfred Obaliński, sekretarzem dorocznym Dr. Wasylewski, biblijotekarzem i delegatem do komisyi sanitarnéj miejskiéj prof. Janikowski, redaktorem Przeglądu Lekarskiego redaktor dotychczasowy, a członkami komisyi redakcyjnéj: prof. Dr. Stanisław Domański, Dr. August Kwaśnicki, Dr. Aleksander Rybczyński i Dr. Aleksander Zarewicz

* **Warszawa.** Dr. H. Podowski, naczelny lekarz szpitala św. Łazarza, obchodził przed kilku dniami jubileusz 50-letniéj pracy w zawodzie lekarskim. Urodzony w r. 1805 w Warszawie uzyskał tamże w r. 1829 stopień magistra, a w r. 1833 doktora medycyny, w r. 1838 mianowany został naczelnym lekarzem szpitala św. Łazarza. W uznaniu zasług jubilata Tow. lekarskie obrało go swoim członkiem honorowym, a pp. Hoyer i Szokalski wręczyli mu osobiście dyplom. (*Kur. warsz.).*

Warszawa. Uwięziono tu akuszerkę zamieszkałą na Grzybowie, która dzieci brane na wykarmienie pozbawiała życia przez zamykanie w kuferku, w którém w skutek braku powietrza się dusiły. Dotychczas wiadomo o 16 dzieciach, które w ten sposób zgładziła ze świata.

* Prof. Ritter w Pradze czeskiéj usunął się od redakcyi tygodnika *Prager med. Wochenschr.*, a miejsce jego zajęli docenci Ganghofner i Kahler.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. Pettenkofer w Monachijum otrzymał pruski order korony 2éj kl. w uznaniu zasług położonych w niem. komisyi cholerycznéj. — Paweł Broca wybrany został wiceprezesem, a Fournier członkiem akademii

[1]) Kraina leżąca na pobrzeżu południowo-wschodniém morza czarnego, siedziba dawnych Kolchów, dokąd według bajecznych podań wyprawiał się po złote runo i zdobył je z pomocą czarów Medei Jazon. O téj ziemi mało znanéj i o piekielnéj potędze jéj władców ponure w starożytności krążyły wieści, które wpłynęły snać na ten opis niepochlebny. Dzisiejsi jeografowie chwalą piękność i urodzajność tego kraju zamieszkałego przez górali kaukazkich kształtnych, dzielnych i walecznych.

Rzeka zaś Fazys, dzisiejszy Riom znana jest z bystrego swego, a więc nie leniwego, jak podaje Hippokrat, biegu.

lekarskiéj w Paryżu. — Docent pryw. Dr. Julijusz Hirschberg zamianowany został prof. nadzw. oftalmologii w Berlinie.— Posadę Kl. Bernarda w muzeum historyi naturalnéj otrzymał Rouget, prof. fizyjologii w Montpellier, a prof. Bouley mianowany został prof. patologii porównawczéj w témże muzeum.— Dr. baron Krafft-Ebing, dyrektor zakładu styryjskiego dla obłąkanych i prof. nadzw. psychijatryi oraz prof. Ebner w Gracu otrzymali tytuł i charakter proff. zwyczajnych.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Józef Wszebor mianowany został naczelnym lekarzem szpitala Św. Rocha w Warszawie.

* **Nekrologija.** D. 26 grudnia umarł w Kamieńcu Podolskim Dr. Karol Przyborowski, operator. urodzony w z. 1824, a od 1853 w mieście tém zamieszkały. — W Wilnie umarł Dr. Ludwik Mokrzycki, urodzony tamże w r. 1801.

W ostatni dzień minionego roku umarł w Wiesbadenie znany tameczny okulista radca dworu Dr. Aleksander Pagenstecher w 55 roku życia, zraniwszy się przypadkiem własną strzelbą, gdy wracał z polowania. — W N. Yorku umarł chirurg Bumstead w 53 roku życia.

Konkurs. Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w wykonaniu postanowień fundacyi konkursowéj ś. p. protomedyka Jakubowskiego i dawcy niewiadomego uchwalił na posiedzeniu w dniu 19 Grudnia 1879 r.

I. Rozpisać trzy nagrody konkursowe, a mianowicie jedną na 250 złr., drugą na 200 złr., z funduszu protomedyka Jakubowskiego, trzecią na 150 złr. z funduszu dawcy niewiadomego.

II. Ogłosić w tym celu następujące zadania konkursowe:

1) Ponieważ z powodu częstych zimnic i tyfusów obrzmienia śledziony w kraju naszym są bardzo częste, podaje się do rozwiązania pytanie: Czy i jaki wpływ wywiera śledziona, któréj żyła stanowi jeden z zaczątków żyły bramnéj, na czynność wątroby i to tak pod względem wydzielania żółci, jak i wytwarzania się i przerabiania glikogenu. Praca powinna być doświadczalna.

2) Wykazać, jak dowieść można otrucia bądź usiłowanego bądź dokonanego za pomocą odwarów, naparów lub tym podobnych przetworów z niektórych przynajmniéj roślin krajowych lub ich części, np. nasion, liści i t. p., działających szkodliwie na ustrój zwierzęcy. Udowodnienie ma być przeprowadzone przez doświadczenia fizyjologiczne i dochodzenia chemiczne na zwierzętach.

3) Wskazać rozwój nowotworów rakowych przybłonkowych wargi według materyjału kliniki chirurgicznéj krakowskiéj od r. 1860—1879.

4) Skreślić zmiany anatomiczne nerek, zrządzone nadużywaniem napojów wyskokowych.

5) Wykazać, jaki wpływ wywiera zimnica na ilość i stosunek ciałek krwi białych i czerwonych i czy pod tym względem zachodzą jakie różnice w pojedynczych okresach napadów zimniczych.

6) Oznaczyć siłę trawienia soku żołądkowego w rozmaitych chorobach z szczególném uwzględnieniem chorób w kraju naszym często przydarzających się.

7) Wykazać za pomocą sfigmografu zmiany w tętnie po podaniu chininu, weratrynu i naparstnicy w chorobach gorączkowych, a naparstnicy w chorobach narządu krążenia.

8) Dokonać poszukiwań higienicznych co do któregokolwiek z rzemiosł lub przemysłów w mieście naszém wykonywanych, a mianowicie wyjaśnić stosunek częstszych w tém rzemiośle lub przemyśle chorób do napotykanych w nim czynników szkodliwych; oraz wykazać odpowiednie środki zaradcze, zastósowane do warunków miejscowych.

III. O nagrodę ubiegać się mogą uczniowie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, tudzież doktorowie wszech nauk lekarskich. którzy w tym Uniwersytecie uzyskali stopień doktorski nie dawniéj. niż od lat dwóch, t. j. od Grudnia 1877 r. lub późniéj.

IV. Prace konkursowe spisane w języku polskim nadesłane być mają najpóźniéj do dnia 30 Kwietnia 1881 r. do bióra Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. — Na okładce winny być opatrzone w godło wypisane również w dołączonéj oddzielnie kopercie zapieczętowanéj a zawierającéj wewnątrz imię, nazwisko i miejsce zamieszkania autora. (Ten drugi przepis nie dotyczy prac ogłoszonych drukiem od dnia dzisiejszego po koniec Kwietnia 1881, a które także mogą być podane do konkursu).

V. Jedynie koperty, noszące na sobie godło prac, które będą nagrodą uwieńczone, ulegną rozpieczętowaniu, wszystkie inne razem z rękopismami, do których należą, zwrócone zostaną na żądanie bez otwarcia.

VI. Wysokość pojedynczych nagród nie jest zawisłą od wyboru któregokolwiek z wyszczególnionych wyżéj zadań konkursowych, lecz od stopnia dokładności i ścisłości ich rozwiązania, tak że za pracę, która najlepiéj odpowie wymaganym warunkom, otrzyma autor 250 złr., za pracę, która do pracy najlepszéj najbardziéj się zbliży, 200 złr., a za następną co do wartości 150 złr.

Kraków dnia 20 Grudnia 1879 r.

Prof. Dr. Korczyński.
Dziekan Wydz. lek.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W Kronice Lekarskiéj Nr. 2: Talki: Wyniki badań ostrości wzroku. — W *Medycynie* Nr. 1: Dobrzyckiego (w Mieni): Zapalenie mięśnia lędźwiowego oraz olbrzymi ropień opadowy jamy brzusznéj. — *Gazeta Lekarska* nie dochodzi nas od wielu tygodni. — *Dwutygodnika med. publ.* Nr. 1. jeszcze nie wyszedł.

Redakcyja otrzymała:

Dra Stan. Smoleńskiego (Z kliniki lek. Prof. Korczyńskiego w Krakowie). Trzy przypadki następstw ograniczonego przewłocznego zapalenia otrzewny i tkanki podotrzewnowéj. (Osobne odbicie z Pam. Tow. Lek. warsz., 1880, zeszyt I), w 8ce, str. 32.

Dr. H. Kadyi: O gruczołach tarczykowych dodatkowych w okolicy gnykowéj. (Osobne odbicie z Rozpraw Akad. Umiej.), z 1 tabl. Kraków, 1879, w 8ce, str. 14.

Klinische Beiträge von Prof. Dr. Korczyński in Krakau. (Separatabdruck aus d. „W. med. Presse" 1879, w 8ce, str. 18.

Dr. J. Warschauer. Ueber Meningitis cerebro-spinalis epidemica. (Osobne odbicie z *Allg. W. med. Ztg.*, 1879, Nr. 44 i nast.) w 8ce, str. 17.

Piśmiennictwo lekarskie. ADAMKIEWICZ A. Das Schicksal d. Ammoniak im gesunden u. d. Quellen d. Zuckers u. d. Verhalten d. Ammon. i. Diabeteskr. Menschen. (Aus: „Archiv f. pathol. Anat") gr. 8. Berlin, G. Reimer. M. 1.

ANNÉE MÉDICALE, l', Publié sous la direction du Dr. Bourneville. 12. Paris, Plon. Fr. 3½.

ANTON C. Die Giftgewächse Deutschlands, Oesterreichs u. d. Schweiz. M. Abbildgn. 8. Neu Ulm, Stahl. M. 1.50.

ARRAGON Dr. Traitement topique du psoriasis par l'acide pyrogallique 8. Paris, Coccoz. Fr. 2.

AUFRECHT E. Die diffuse Nephritis u. d. Entzündung im Allgemeinen. gr. 8. Berlin, G. Reimer. M. 1.50.

BASTELBERGER Dr. Experimentelle Prüfung d. z. Drucksinn-Messung angewandten Methoden Gekrönte Preisschrift. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 2.

BEETZ F. Bad Kreuth u. s. Kurmittel. M. 1 Karte. gr. 8. München, Finsterlin. M. 60.

BÉNARD P. De l'Action hémostatique des injections sous-cutanées d'ergotine. 8 Paris. Delahaye. Fr. 3½

BENEKE F. W. Ueber die Weite d. Aorta thoracica u. Aorta abdominalis i. d. verschied. Lebensaltern gr. 4. Kassel, Kay. M. 4.

— Die Altersdisposition. M. 3 Tfln. gr. 4. Marburg, Elwert's Verl. M. 4.50.

BINTOT A. Etude pratique sur les dyspepsies. 8. Paris, Baillière et fils. F. 1½.

BOUFFÉ F. Recherches cliniques sur la diphthérie. 8. Avec 5 pl. Paris, Berthier. Fr. 3½.

BUCKNILL J. C. A Manual of Psychological Medicine. 4th ed. London, Churchill. sh. 25.

CASSERES H. A. de. Ueber d. Verhalten d. Harns bei einig. Krankheiten d. Nerven- und Muskelsyst. Diss. gr. 8. Göttingen, Vandenboeck et Rupr. M. 1.20.

CESBRON J. Étude sur la construction musculaire syphilitique. 8 Paris, Delahaye. Fr. 1½.

COLIN L. Traité des maladies épidémiques. 8. Paris, Baillière et fils Fr. 16.

Dnia 17go stycznia, to jest w sobotę o godz. 5 z południa, odbędzie się w sali Akademii Umiejętn. posiedzenie Komisyi balneologicznéj, na którém nastąpi: 1) wybór przewodniczącego i sekretarza téjże komisyi na lat trzy, 2) prof. Hoff wykładać będzie „o borowinie morszyńskiéj."

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. st. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 17 stycznia 1880. **№ 3.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech. PONIKŁO IV. Suchoty i gruźlica (C. d.) — II KRÓWCZYŃSKI. Leczenie wiewióra przewleklego. (C. d.)—III. *Oceny i sprawozdania*: Sprawozdanie dokładniejsze z niektórych ważniejszych rozpraw mianych na VIII Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie. Podał Dr. Rydygier. (Dok.). Prof. DRASCHE. O leczeniu suchót płucnych za pomocą wziewań bedźwinianu sodowego. Sprawozdanie Dra Ściborowskiego. (Dok.) BERLIN. — *Wiadomości pomniejsze*. — IV. *Posiedzenia towarzystw:* Towarzystwo lekarskie krakowskie. — V. *Odcinek:* OETTINGER. Kilka wyjątków z księgi Hippokrata: O powietrzu, wodach i miejscach. (C. d.) — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. — VII. *Wiadomości bieżące*.

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.
Choroby narządu oddechowego.
IV. Suchoty i gruźlica.

Opracował Dr. St. Ponikło,
Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Z wywiadów kilku chorych stanowiących przedmiot naszego sprawozdania dowiadujemy się, że cierpienie obecne tychże poprzedzał stan, który bardzo odpowiada zwykłemu, dławcowemu zapaleniu płuc. Nie mamy wprawdzie w naszych historyjach chorób żadnego przypadku odnośnego stwierdzonego sekcyją, lecz zdaje mi się, że następujący przypadek zaliczyć należy w każdym razie do owych spornych przypadków, w których przebieg kliniczny każe uważać przejście zapalenia dławcowego płuc w przeistoczenie serowate za wielce prawdopodobne.

J. W., piekarz, lat 46, — do obecnéj choroby zupełnie zdrów. Podczas dźwigania ciężkich worków z mąką doznał nagle dreszczu, poczém bezpośrednio wystąpił ból kłujący w prawym boku i gorączka. Chory udał się do szpitala św. Łazarza, gdzie okazywał przypady zapalenia płuca prawego i opłucnéj *(pleuropneumonia dextra)* w części górnéj tegoż płuca. W szpitalu przebył 6 dni, poczém gdy stan ogólny nieco się polepszył mimo że objawy fizyczne nacieku płuca prawego nie ustąpiły, chory opuścił szpital. Po 7miu dniach jednak, doznając przez czas swego w domu pobytu kłucia w boku prawym i kaszlu udał się do kliniki lekarskiéj, gdzie w dniu 20/4 1877 przyjęty został. Badanie tu uskutecznione wykazało objawy nacieku górnego i średniego płatu płuca prawego, zupełną czczość odgłosu wypukowego w częściach odnośnych z przodu i z tyłu i szmery oddechowe oskrzelowe. Ciepłota wyżéj 38·0 C. Plwociny śluzowo-ropne, lepkie, bardzo nieznacznie powietrzem przejęte. Silny ból kłujący po stronie prawéj. Chlorki w moczu wyraźnie zmniejszone. Płuco lewe nie okazywało żadnych nieprawidłowości. Chory przebywał na klinice lekarskiéj przeszło miesiąc, przez cały ten czas objawy nacieku płuca prawego utrzymywały się ciągle, nadto wystąpiły po kilku dniach rzężenia dźwięczne grubobańkowe. Ciepłota między 38·5—39·0. Wzmagające się wychudnienie i ubytek ciężaru ciała. Chory po miesiącu wyszedł z obserwacyi klinicznéj, przedstawiając objawy nacieku szczytowego z poczynającym rozpadem.

3) Czy zachodzi jaki związek genetyczny między zwykłym nieżytem oskrzelowym a suchotami płucnemi. I na to pytanie różne dawano odpowiedzi w różnych epokach rozwoju odnośnéj nauki. Autorowie jak Virchow, Colberg, Rindfleisch, Niemeyer, kładący wielki nacisk na zapalenie nieżytowe płuc jako częstą podstawę suchót płucnych, uznali tém samém możebność przejścia przewlekłego nieżytu oskrzelowego, zwłaszcza u osobników usposobionych, „zołzowych,“ drogą wikłającego się zapalenia nieżytowego płuc w suchoty płucne. Virchow mianowicie ustanowił tak zwane „zołzowe zapalenie oskrzelo-płucne“ *(scrophulöse Bronchopneumonie)* jako podstawę suchót płucnych w znacznéj liczbie przypadków. Buhl i w téj kwestyi zajął stanowisko wprost przeciwne, twierdząc na podstawie swych poszukiwań anatomicznych, iż zwykły nieżyt oskrzelowy żadną miarą nie może ani bezpośrednio ani pośrednio doprowadzić do suchót, lecz winien być zawsze uważany za powikłanie wprawdzie częste lecz niekonieczne, swoistéj sprawy zapalnéj miąższu płucnego już poprzednio rozwiniętéj. Na potwierdzenie swego zapatrywania podnosi ze statystyki lekarskiéj i klimatologii tę okoliczność, że w miejscach wyniosłych po nad poziom morza, w których nieżyty oskrzelowe są nader częste, suchoty płucne należą do rzadkości, gdy przeciwnie w strefach ciepłych mimo względnéj rzadkości nieżytów oskrzelowych suchoty płucne są częstém cierpieniem.

Większa część chorych naszych podawała jako początek cierpienia objawy nieżytu oskrzelowego, wywołane „zaziębieniem,“ które trwając krótszy lub dłuższy czas, wzmagając się chwilowo, lub czasowo ustępując, dopiero późniéj pociągały za sobą objawy zwracające uwagę na głębsze zmiany miąższu płucnego. Nikt nie zaprzeczy, że w ogóle kaszel z plwocinami nieżytowemi z małemi tylko wyjątkami należy do pierwszych objawów spostrzegalnych w sympto-

matologii suchót płucnych. Chcieć dowodzić lub zaprzeczać na podstawie samych historyj chorób znaczenia genetycznego zwykłego nieżytu oskrzelowego dla suchót płucnych jest rzeczą nadzwyczaj trudną, gdyż każdorazowo w ślad za mniemaniem Buhla zarzucićby można, że w danym przypadku już w okresie wyłącznéj obecności objawów nieżytu znachodziły się zmiany głębsze miąższu płucnego badaniu niedostępne. Nadto chorzy odnośni szukają pomocy lekarskiéj w szpitalu dopiero w póżniejszym okresie choroby. Być może, że badanie drobnowidowe plwocin znacznéj ilości chorych dotkniętych nieżytem oskrzelowym z uwzględnieniem późniejszego stanu zdrowia tychże mogłoby dać w tym kierunku jakie wyjaśnienie i podać jakieś różnice odróżniające nieżyt oskrzelowy swoisty od zwykłego nieżytu.

W ogóle opierając się bez uprzedzenia na spostrzeżeniach klinicznych musimy z wielkiém zastrzeżeniem brać zapatrywania Buhla, cenne w wielu punktach pod względem anatomicznym, lecz mniéj uwzględniające przebieg kliniczny i musimy przyznać, że trafiają się od czasu do czasu przypadki chorobowe, które wielce przemawiają za pewnym ściślejszym związkiem genetycznym tak zwykłych nieżytów oskrzelowych jak zwykłych zapaleń płuc tudzież krwotoków płucnych z suchotami płucnemi. W każdym razie wyniki odnośnych badań anatomo-patologicznych są dotąd niedostateczne, aby mogły być pewniejszą podwaliną zawiłéj nauki o suchotach płucnych i gruźlicy niż wprowadzone w umiejętność lekarską znane zasady Virchowa.

Z pomiędzy 56ciu przypadków chorobowych stanowiących przedmiot naszego sprawozdania przeważną ilość mianowicie 52 należy odnieść do suchót płucnych rozwiniętych na tle zapalenia oskrzelo-płucnego bez powikłania z gruźlicą. Aczkolwiek badanie anatomiczne zwłok pewnéj części tych przypadków wykazało tu i owdzie około ognisk serowatych lub w narządach miąższowych obecność gruzełków, to przecież nie możemy temu dać miana „gruźlicy“ w znaczeniu kliniczném, lecz musimy uważać je tylko jako miejscowe rozsianie gruzełków, mogące budzić zajęcie jedynie ze stanowiska anatomo-patologicznego nie zaś klinicznego. Z pozostałych 6ciu przypadków dotyczy: *a*) jeden ogólnéj gruźlicy po zmianach serowatych w płucach, *b*) jeden ogólnéj gruźlicy po zserowaceniu gruczołów kreskowych, a *c*) dwa przedstawiają obraz (tak zwanéj) „pierwotnéj gruźlicy“ narządu moczopłciowego.

Z 52 przypadków suchót płucnych 47 przedstawiało przebieg przewlekły, 5 zaś przebieg ostry lub przyostry. We wszystkich tych przypadkach ostro lub przyostro przebiegających wykazały oględziny pośmiertne bardzo rozlegle, cały płat górny i średni zajmujące nacieki szarawo-różowe, galaretowate, miękkie, soczyste, zazwyczaj w małych tylko ogniskach rozpadające się, odpowiadające „naciekowi galaretowatemu Laënneca“ czyli zapaleniu złuszczającemu Buhla. W ogóle występowała sprawa chorobowa w tych przypadkach więcéj w formie rozlanego zapalenia niż odosobnionych rozsianych ognisk.

Nie możemy tu podać podziału spostrzeganych przypadków przewlekłych wedle poszczególnych odmian suchót płucnych tudzież stwierdzić na tychże mniéj lub więcéj takowe cechujące różnice w objawach klinicznych, gdyż przeważna część odnośnych chorych przybywała do kliniki w okresie późniejszym, gdzie zmiany miejscowe już się rozwinęły znaczniéj i rozległéj, gdzie zatém o genezie cierpienia, czy np. takowe rozwinęło się pierwotnie z zapalenia śródmiąższowego (*pneumonia interstitialis*) czy z zapalenia oskrzelo-płucnego (*broncho-pneumonia*) lub téż przeważnie z zapalenia około-oskrzelowego (*peribronchitis*) w części tylko na podstawie wywiadów i uwzględnienia ajtyjologii z pewném prawdopodobieństwem wnioskować było można.

Co do objawów chorobowych zaczepimy tu tylko o takie, które bądź z powodu swéj względnéj rzadkości bądź ze względu na sposób badania są godne uwagi, pomijając rozbiór przypadków zwykłych, stale napotykanych w okresie rozwiniętego cierpienia. O przypadach zawisłych od powikłań wspomnimy na innêm miejscu, gdzie uwzględnimy pojedyńcze formy powikłań.

Co do narządu oddychania:

We wszystkich przypadkach zwracano pilną uwagę na wyniki badania drobnowidowego plwocin. W ogóle przyznać należy, że sposób ten badania w przeważnéj liczbie przypadków dawał wyniki dość cechujące dla różnych okresów cierpienia, lecz zdarzały się przypadki znacznie rozwiniętych suchót płucnych z wytworzeniem jam szczytowych, gdzie najstaranniejsze badanie w różnych porach dnia przedsiębrane nie wydało żadnego wyniku cechującego. Co do obecności włókien sprężystych, to znaleziono je czasem rychło w plwocinach chorego, u którego badanie fizyczne bardzo nieznaczne tylko zmiany szczytowe wykazywało, gdy znowu w przypadku znacznego rozpadu badaniem fizyczném udowodnionego wynik badania pozostał ujemny. W celu ułatwienia badania, mianowicie wyszukania włókien sprężystych, posługiwano się również niekiedy sposobem Fenwicka, polegającym na zagotowaniu plwocin w 18% roztworze ługu sodowego i badaniu drobnowidowém osadu tegoż, lecz i ten sposób mozolny i wiele czasu wymagający rzadko dawał wyniki pewniejsze. Włókna sprężyste znachodzono w plwocinach już to w postaci pojedyńczych silnie światło łamiących dwubrzeżnych włókienek tu i owdzie w polu widzenia rozrzuconych, już téż w większych pasmach i splotach, już wreszcie w postaci odlewów kilku pęcherzyków płucnych złożonych śród masy rozpadowéj drobnoziarnistéj, dobrze naśladujących zwykły obraz drobnowidowy tychże, gdzie wszystkie pierwociny inne, jak tkanka łączna, naczynia i przybłonek uległy rozpadowi drobnowidowemu, pozostawiając niejako szkielet złożony ze samych włókien sprężystych [1].

W okresach późniejszych prawie stale znachodzono w plwocinach kryształki kwasu margarynowego w postaci włóknistych wiązek. Uwzględniano również stopień stłuszczenia ciałek wypocinowych i przybłonków w plwocinach; gdy w niektórych próbkach były one dobrze utrzymane o wyraźnych konturach, o widoczném jądrze i pierwoszczy przeświecającéj, przedstawiały w innych obraz bardzo znacznego stłuszczenia: były znacznie powiększone, o konturach zamazanych, o jądrze przysłoniętém nader licznemi drobnemi ziarneczkami złożonemi w pierwoszczy. W ogóle późniejsze okresy choroby cechowały się wyższym stopniem stłuszczenia ciałek wypocinowych. Nadto udało się znaleść w kilku przypadkach gromadki drobnych przybłonków (z głębszych

[1] Przy badaniu spieszném włókien sprężystych należy uwzględnić tę ostrożność, aby nie wziąć czasem silnie połyskującego, często „falistego“ brzegu komórki przybłonkowéj w znacznéj części wśród masy rozpadowéj ukrytéj za samo włókno sprężyste; co przy pobieżném badaniu łatwo mniéj wprawnemu zdarzyć się może.

dróg oddechowych, z pęcherzyków płucnych?) po większéj części uległych przeobrażeniu tłuszczowemu. Bardzo rzadko znachodzono pojedyńcze przybłonki migawkowe i włókna tkanki łącznéj.

Badanie fizyczne narządu oddechowego przeprowadzano w każdym przypadku we wszystkich szczegółach. Zwracano stale uwagę na zachowanie się szczytów płucnych, na ich ustawienie i poruszalność; w przypadkach jam większych starano się oznaczyć ich przybliżony kształt, posługując się sposobem podanym przez Gerhardta, polegającym na różnéj wysokości odgłosu wypukowego bębenkowego w różném położeniu chorego, co w kilku przypadkach dokładnie stwierdzić było można. Nadto uwzględniano w każdym przypadku zachowanie się odgłosu wypukowego pod samą pachą, któreto badanie w niektórych mniéj rozwiniętych przypadkach, gdzie badanie klatki piersiowéj z przodu i z tyłu bardzo niedokładne tylko wyniki wydało, bardzo pomocne było we wczesném rozpoznaniu zmian miejscowych. Badanie też anatomiczne nieraz wykazuje znaczne zgęszczenia miąższu płucnego właśnie w zewnętrznéj górnéj części płuc, obok mniéj znacznego zajęcia wierzchołka szczytów i nie rzadko jamy płucne szczytowe ku zewnątrz się wypuklają i w tém miejscu odpowiadającém właśnie szczytowi pach stosunkowo najcieńszą warstwą od klatki piersiowéj są oddzielone.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Leczenie wiewióra przewlekłego.

Napisał Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

(Rzecz czytana na posiedz. sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Wyczerpanie przedmiotu wymagałoby dokładnego zestawienia i w chronologicznym porządku wszelkich ulepszeń, jakich na polu endoskopii względnie uretroskopii dokonano; ponieważ tego jednak nie mam na celu, przedstawię tylko to, co mi się wydaje być niezbędném. Dla poznania przyrządów w uretroskopii używanych, opiszę endoskop przez Desormeauxa wynaleziony i narzędzia dzisiaj najczęściéj używane, a przez porównanie stwierdzimy postęp pod względem technicznym, a przedewszystkiém przekonamy się o dokonanych ulepszeniach i uproszczeniach. Endoskop Desormeauxa składa się z trzech części, a mianowicie: z przyrządu oświetlającego czyli ze źródła światła, z reflektora i cewnika czyli rury endoskopijnéj. Źródłem światła jest lampa napełniona tak zwanym gazogène t. j. mięszaniną alkoholu z terpentyną; lampę pokrywa się rurą, którą przedłużać można, a która umożliwia przeciąganie powietrza i dokładne palenie, a zarazem osłania światło. Na wysokości płomienia znajduje się poprzeczna rura, która przechodzi przez środek pierwszego cylindra i przezto dzieli się na dwie części; część po prawéj stronie ułożona zawiera żwierciadło wklęsłe, część po lewéj ułożona zawiera wypukłą soczewkę i służy do przytwierdzenia reflektora, który znajduje się w horyzontalnie ułożonym cylindrze, a mianowicie w środku i składa się z płaskiego żwierciadła pochylonego pod kątem 45°. Część cylindra przed żwierciadłem ułożona służy do przytwierdzania właściwych cewników czyli sond endoskopijnych, a część cylindra za żwierciadłem się znajdująca ma otwór, przez który przypatrujemy się cewce oświetlonéj. Oświetlają ją promienie żwierciadła pod kątem 45° ułożonego, które gromadzi wypukła soczewka, a które powstają przez odbicie się światła lampy od żwierciadła wklęsłego. Promienie te przechodzą przez środek cewnika, wyglądającego tak jak zwykły prosty kateter, którego wypukłe i zaokrąglone zakończenie ucięto. Aby ochronić cewkę od zranień, zakończenie cewnika jest nieco zaokrąglone. Największą wadą opisanego przyrządu jest stałe połączenie cewnika z cylindrem dzierżącym reflektor, a przymocowanie wprowadzonego do cewki wziernika z reflektorem jest bolesne i przeraża już i tak zazwyczaj bojaźliwych chorych. Wiele pozostawia do życzenia oświetlenie, które bardzo często jest za słabe. Każdy pojmie, że używanie tak skomplikowanego przyrządu jest trudne; a od trudności, jakie badający ma zwalczyć, zależy niewątpliwie rozpowszechnienie, któremu również stoi na przeszkodzie wysoka cena przyrządu Desormeauxa. Uznający wartość endoskopijnego badania usiłowali usuwać braki endoskopu Desormeauxa, a zmiany wprowadzane coraz bardziéj udoskonalały ten przyrząd i ułatwiały jego użycie. Nie będę szczegółowo opisywał, kto proponował zmiany i jakie one były, bo opisując dzisiaj używane i najbardziéj rozpowszechnione przyrządy dokładnie poznamy korzystne zmiany i na czém one polegają. Bardzo doniosłą zmianą jest odłączenie źródła światła od reflektora i reflektora od sond czyli cewników, czyli rozłożenie aparatu na trzy składowe jego części. Obecnie źródłem światła bywa albo światło słoneczne gazowe, bardzo rzadko magnezyjowe, lub elektryczne, a najczęściéj lampa naftowa. Niewątpliwie najstósowniejszém byłoby światło słoneczne, które rozmaitemi sposobami skupione silnie oświetla, a co najważniejsza przedstawia w barwach, do jakich oko najbardziéj przywykło. Ponieważ jednak nie zawsze światło słoneczne mieć możemy, przeto najczęściéj używamy oświetlenia sztucznego pomimo wad takowego. Silne promienie daje światło Drumonda lub światło magnezyjowe, które w pierwszych ćwiczeniach dla badającego bardzo jest pożądane; światła te jednak są zbyt jaskrawe i również nie można ich mieć na zawołanie. Okrągły płomień gazowy daje lepsze i silniejsze światło niż zwykły płomień skrzydlaty, a używając ostatniego lepiéj skierować ku reflektorowi cienki płomień światła gazowego, aniżeli jego część płaską. Nie zawsze jednak rozporządzamy światłem gazowém, z konieczności więc używamy lamp naftowych, olejnych lub wreszcie świec. Ostatnie są najlichszém źródłem światła i nawet najbardziéj wyćwiczonemu w badaniu świeca nie wystarcza; lampy zaś naftowe i olejne z okrągłemi płomieniami są najczęstszém źródłem światła. Lampy wymienione dlatego się bardzo rozpowszechniły, że je każdéj chwili mieć możemy, a z lamp naftowych zasługuje na pierwszeństwo lampa o 12 płomieniach *(Mitrailleusenbrenner)*, które zlewając się w jeden okrągły płomień, dają bardzo silne i do badań zupełnie wystarczające światło. Do odbicia światła służą reflektory te same, któremi się w laryngoskopii posługujemy; tworzą je żwierciadła płaskie, gdy słonce jest źródłem światła, a wklęsłe przy użyciu światła sztucznego. Cewniki, któremi w uretroskopii się posługujemy, bywają bardzo różne; są to metalowe katetery proste rozmaitéj długości, pozbawione zwykłego zakończenia kateterów, wewnątrz poczernione tak samo jak rury endoskopijne Desormeauxa. Zakończenie cewnika, które wprowadzamy do cewki, a właściwie otwór jego szczelnie wypełnia koniec kauczukowego konduktora, który będąc zaokrąglony bardzo ułatwia wprowadzenie endoskopu. Tym sposobem unikamy, zranienia ścian cewki, coby nastąpić mogło nawet wtedy gdyby zakończenie cewnika najlepiéj zaokrąglone było po-

zbawione konduktora. Dla uproszczenia nazywać będę zakończenie cewnika, o którem mowa, końcem cewkowym endoskopu. Przeciwległy koniec cewnika tworzy lejek, o który żołądź prącia się opiera; lejek ten umożliwia częściowe skrócenie długości prącia, a wypełnia lejek zakończenie konduktora, które formą odpowiada lejkowi a jest połączone z końcem cewkowym. Opisanych endoskopów używa Grünfeld i nazywa je cewnikami prostemi z konduktorami. Są one dwojakiéj długości: 10 cm., lub 15 cm., a szerokość ich odpowiada skali cewników Charrièra. Zazwyczaj wystarczają dwa cewniki o powyższych długościach, a mianowicie Nr. 18 (6 mm. szerokości) dla wązkich cewek a 22 ($7\,^1/_3$ mm.) dla szerokich. Endoskop opisany ulepszył Steurer przez to, że przed lejkiem umieścił płytkę okrągłą metalową, o którą żołądź prącia się opiera; łatwiéj o nią ucisnąć prącie a przez to znacznie skrócić można jego długość. A ponieważ dokładność obrazów ma się w odwrotnym stosunku do odległości, dlatego przez skrócenie długości dużo zyskujemy. Endoskopy Steurera są krótsze, bo tylko $13\,^1/_2$ cm. długości, a dowolnéj szerokości; za pomocą nich możemy zbadać całą część wiszącą prącia, opuszkową i błoniastą, a nawet część przyprątną. Do badania częsci gąbczastéj posiadamy znacznie krótsze endoskopy o 6 cm. długości, zrobione na kształt cewników Steurera, któremi nawet część opuszkową zbadać można, skracając znacznie prącie przez ucisk o metalową płytkę. Auspitz zmodyfikował nieco cewniki Steurera, a mianowicie bardziéj zaokrąglił cewkowy koniec endoskopu Steurera, który jest gruszkowatym, i przez to ułatwił wprowadzenie cewników, a wreszcie umożebnił przyleganie konduktora do ścian cewnika. Cewniki Auspitza mają jeszcze jednę dodatnią stronę, a jest nią ułatwione wyciąganie konduktorów, na które chorzy zazwyczaj oddziaływają, gdy do wyciągania większéj siły użyć potrzeba, lub gdy konduktor się zacina, co przy cewnikach Steurera często się zdarza. Auspitz nie czerni wnętrza cewników tylko wnętrze lejka, a przez to siłę wpuszczonego do cewnika światła nieco powiększa. Za pomocą cewników prostych możemy zbadać część gąbczastą, opuszkową i błoniastą cewki; badanie części przyprątnéj, wejścia do pęcherza i samego pęcherza jest niemożliwe, bo mocz wypływający przeszkadza i zmusza do wyciągnięcia cewnika. Aby ułatwić zbadanie tych części podaje Grünfeld kilka endoskopów, które pokrótce opiszemy, bo one nie mają i mieć nie mogą obszerniejszego zastósowania. Prostym oszklonym endoskopem nazywa G. cewnik, którego koniec cewkowy jest szczelnie zamknięty okrągłém szkłem. Cewnik ten różni się od prostego cewnika z konduktorem o tyle, że nie ma konduktora i że koniec cewkowy jest ukośnie ścięty. Cewnik ten służy do badania części przyprątnéj, wejścia pęcherzowego i samego pęcherza, a obrazy otrzymane są mniéj wyraźne i np. przy badaniu pęcherza bardzo ograniczone. Zakrzywiony oszklony endoskop, służący przedewszystkiém do badania pęcherza i części przyprątnéj, wygląda tak samo jak zwykły cewnik, tylko, że z jednéj strony kończy się lejkiem, jaki zawsze bywa w endoskopach, a w miejscu zakrzywienia cewnika jest wstawione szkło, przez co pewną bardzo ograniczoną część pęcherza, względnie powierzchni badanéj widzieć możemy Jeszcze mniéj użytecznym jest endoskop zakrzywiony z konduktorem, który wraz z konduktorem zupełnie jest podobnym do zakrzywionego oszklonego endoskopu, a po wyjęciu konduktora jest endoskopem prostym ukośnie ściętym, który w miejscu zakrzywiania się cewnika posiada otwór oszklony; różni się więc od endoskopu prostego oszklonego tylko osadzeniem szkła. Najbardziéj skomplikowanym jest endoskop oszklony z żwierciadłem. Kształtem przypomina on najbardziéj cewnik kobiecy, a różni się tém, że z jednéj strony ma lejek, a z drugiéj przyrząd nieco skomplikowany. Przyrząd ten składa się z metalowego lub kauczukowego cylindra 3 cm. długości, który na jednym końcu jest zaokrąglony, w środku zaś skręt śrubowy, a na drugim końcu żwierciadło ze szkła lub metalu, które jest pod kątem 45° pochylone. Za pomocą skrętów śruby łączymy opisany cylinder z rurą endoskopijną, która jest w połowie obwodu oszkloną na przestrzeni $1\,^1/_2$—2 cm. długości. Oszklenie to znajduje się przy końcu cewkowym endoskopu, a żwierciadło wkręconego cylindra dzieli oszkloną powierzchnię na dwie, mniéj więcéj równe połowy. W żwierciedle odbija się obraz błony śluzowéj badanéj części cewki, a obracając endoskop możemy cały obwód cewki obejrzeć. Ponieważ jednak błonę śluzową cewki równie dobrze obejrzeć można zwykłym prostym endoskopem, dla tego, jak sądzę, nie trzeba uciekać się do używania oszklonego z żwierciadłem endoskopu. Aby rozszerzyć pole widzenia, zaleca Auspitz endoskop złożony z dwóch ramion, a zrobiony na kształt wziernika pochwowego Ricorda. Endoskop wspomniany najłatwiéj sobie uprzytomnimy wyobrażając sobie, że zwykły prosty endoskop podzielono na dwie równe części; do lejka podzielonego również na dwie połowy są przymocowane dwa ramiona, które są połączone listewką stalową karbowaną. Listewka jest stale połączona z jedném ramieniem, a drugi jéj koniec przechodzi przez podłużny otwór drugiego ramienia; prócz tego od ramion odchodzą dwa cienkie pręciki stalowe do każdéj połowy lejka, które służą do odpychania, względnie utrzymania obu połów lejka. Uciskając ramiona przymocowane do lejka oddalamy od siebie obie połowy rury endoskopijnéj, przyczém najbardziéj oddalają się wzajemnie obie cewkowe połowy endoskopu opisanego. Tym sposobem rzeczywiście rozszerzamy dowolnie pole widzenia, a karby listewki opierając się o brzegi ramienia, przez który listewka przechodzi, utrzymują rozszerzony endoskop, ale nie uzyskujemy prawdziwego obrazu oglądanéj części cewki. Opierając się na własném doświadczeniu nie mógłbym podzielać zdania wynalazcy o użyteczności tego endoskopu, którego rozszerzanie, a szczególnie przesuwanie ramienia po karbach listewki zazwyczaj znaczny ból sprawiając przeraża chorego. Często potrzeba powiększyć przedmioty widziane w głębi endoskopu, a temu celowi najbardziéj odpowiadają wypukłe soczewki, które między okiem a lejkiem trzymamy, a które wydają się być zbyteczne dla wćwiczonych w badaniu. Obraz w głębi endoskopu uzyskany bywa zazwyczaj wydzieliną chorobową cewki lub krwią pokryty; usuwamy je przez wymaczanie za pomocą tamponików z waty. Desormeaux, połączywszy stale rurę endoskopijną z lampą, musiał w rurze zostawić podłużny otwór, przez który tampony do oczyszczenia wprowadzał, owijając watę na przyrządzie, który nazywał *Tige porte-coton.* Praktyczniejsze wydają mi się przyrządy, które Grünfeld zaleca, a jeszcze praktyczniejsze zalecane przez Steurera. Grünfelda przyrząd składa się z cienkiego drutu kilkanaście cm. dlugiego, którego jeden koniec jest pod kątem zgięty. Część ta drutu zakończona kółkiem służy jako rękojeść, drugi koniec drutu jest na połowę rozcięty i tworzy dwa ramiona nieco od siebie oddalone; ramiona te na samym szczycie nieco zaokrąglone są ząbkowane, aby tém silniéj mogły utrzymać zwitek waty. Aby watę przytrzymać zbli-

żamy oba ramiona druta uciskając je za pomocą kółeczka znajdującego się na drucie, które dowolnie przesuwać można po nim. Przyrząd Steurera tém się różni od opisanego, że rękojeść jest drewniana i nie zgięta, ale w przedłużeniu druta, a ramiona silniéj odstają od siebie i są bardziéj zaokrąglone. Nazwałem je praktyczniejszemi, aniżeli Grünfelda dlatego, że są z twardszego zrobione drutu, a przeto nie łatwo się załamują i dlatego, że kółko służące do ucisku ramion nie daje się z druta ściągnąć, a więc przy czyszczeniu nie gubi się, co często się dzieje przy użyciu przyrządu Grünfelda.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie dokładniejsze z niektórych ważniejszych rozpraw mianych na VIII Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie. Podał Dr. Rydygier.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

IV. Thiersch (z Lipska): O modyfikacyi rinoplastycznéj. Wykładem tym, jako i następnym T. zgromadzenie wielce zainteresował a zarazem ubawił*). Nosy nowe — mówił T. — jak wiadomo nie długo trwają; choćby z początku jeszcze dobrze i dostatnio wyglądały, wkrótce pozostaje tylko płat skórny poruszający się za każdym powiewem wiatru, nie sprawiający pociechy ani operatorowi ani operowanemu. Słusznie Tagliacozza rozróżnia wiek dziecięcy, męzki i schyłkowy nowego nosa. W wieku dziecięcym nos nowy nie bardzo kształtny, jest tylko bryłą mięsa, w wieku męzkim stanowi chlubę i dumę operatora i operowanego, w wieku schyłkowym nikomu nie sprawia przyjemności. Mimo to bodaj czy który chirurg jaką inną operacyją tyle się chlubi i tyle jest w niéj zamiłowany, jak w téj. Na dowód tego posłuży krótki przykład: Przed kilkudziesiąt laty — mówi T. — byłem tutaj w tém miejscu (w klinice Langenbecka), był tu wtenczas profesorem Dieffenbach, nieodżałowany mój nauczyciel; znajdowała się tu wtenczas już i ta kanapa — jeżeli się nie mylę — (śmiech ogólny). Kto Dieffenbacha poznał, ten wie, że nie było milszego i bardziéj uprzejmego nauczyciela, z wyjątkiem może naszego sz. przewodniczącego (zwraca się do Langenbecka). Nie widziałem go nigdy rozgniewanego, jak tylko raz z powodu sztucznego nosa. Kiedy przedstawiał operowanego z nosem nowym, jak twierdził nawet wybornym, wywołał młodego medyka z pierwszych semestrów klinicznych, a wdając się z nim w rozbiór przedmiotu zapytuje się, co widzi u tego operowanego. Na to wesoły berlinczyk odpowiada: zeszpecenie twarzy (śmiech ogólny). Panowie był to jedyny raz, że widziałem Diffenbacha rozgniewanego. Zdaje się, że Panów bawi moje opowiadanie, a więc, jeżeli pozwolicie, opowiem przypadek z własnéj praktyki. Oto przybył do mnie człowiek już nie młody (około 50 lat) bez nosa, prosząc, aby mu nos przyprawić. Kiedy mu zwracam uwagę na to, że nowe nosy nie bywają zbyt ładne i mógłby już teraz w swoim wieku bez niego się obejść, kiedy tak długo się obywał, on mi na to odpowiada, że to być nie może. Ma on piękny majątek, jest przewodniczącym w dozorze kościelnym, ba nawet należy do rady miasta, a kiedy pokaże się na ulicy, wszyscy ulicznicy za nim wołają: ot idzie człowiek bez nosa. Mimo wszelkich perswazyj nie udało mi się go przekonać i zrobiłem mu nos nowy, jak sądzę, ani zbyt brzydki, ani też cud piękności. Kiedy po kilku latach spotykam się z chorym na ulicy, zapytuję go się, jak zadowolony z swego nosa. On mi na to z miną wcale nie wesołą: e, teraz wołają ulicznicy: ot idzie człowiek z nosem. Panowie, taki zanik nosa z czasem nastąpić musi, bo ziarnina na spodniéj części nie mając podstawy, do któréjby przyrosła, zamienia się na bliznę, i skurcza się zwijając coraz bardziéj płat nowy. Chcąc temu zapobiedz wymyślił T. nowy sposób, który po raz pierwszy wykonał na studencie. Za pomocą rycin i na operowanym opisał nam T. swój sposób: stara on się podszyć przemiejscowiony płat czołowy płatami wziętemi z lic, tak że naskórek i do wnętrza nowo utworzonego nosa jest skierowany.

W dyskusyi przyznaje Langenbeck słuszność Thierschowi co do ostatecznego wyglądu nosów nowych, ale tylko wtenczas, jeżeli chodzi o zupełny brak nosa, a więc i kości nosowych. Bywają i w tych razach jeszcze wyjątki. Przypomina Dieffenbacha rinoplastykę u hrabiny polskiéj *„mit dem Todten-Kopf,“* jak ją publiczność berlińska nazywała przed operacyją; a po operacyi (nos zrobił jéj Dieffenbach z lewego ramienia) przecież bywała w teatrze z kwiatami we włosach, a więc musiała nie źle wyglądać. Langenbeck sam zrobił kilka nosów całych, gdzie nawet kości nosowych brakowało, a mimo to jeszcze po 18tu latach wcale nie źle wyglądały.

V. Thiersch: Przypadek rzekoméj zgorzeli starczéj. Thierscha wezwał był prof. B. Schmidt do konsultacyi. Cały drugi członek palucha wielkiego był czarny. Na granicy czarnego linija czerwono-brunatna. Choroba trwała już 4—5 tygodni. Thiersch mówi: Ponieważ nas 3 profesorów było (pacyjent był też profesor botaniki Dr. Schenk), więc wiedzieliśmy wkrótce na pewno o co chodzi. Rozpoznaliśmy zgorzel starczą i postanowiliśmy czekać, aż się odgraniczy, aby wtenczas odjąć paluch. Kiedy po kilku tygodniach zgorzel się jeszcze nie odgraniczyła, a nawet zczernienie na pierwszy członek przeszło, postanowiliśmy zdjąć powierzchowną, skurczoną skórę, żeby się przekonać, jak pod nią paluch wygląda. Zdziwiliśmy się nie mało, widząc pod nią wprawdzie paluch zaczerwieniony, ale żywy. Czarną skorupę mogliśmy nieomal jak rękawiczkę całkiem ściągnąć. Rozumie się, że ponieważ znowu było nas profesorów trzech, nie długo nad rozwiązaniem téj zagadki się męczyliśmy. Powiedzieliśmy sobie: zgorzel wyjątkowym sposobem zajęła tylko skórę, a pod strupem skóra na nowo odrosła. Pomimo że nas 3 profesorów było, nie przeszkadzało to wcale, że powtórnie grubo się omyliliśmy (śmiech wielki). Kiedy bowiem strupki czarne brałem ze sobą celem badania drobnowidowego, widziałem, może mi się tylko zdawało, niby uśmiech szyderczy na ustach kolegów, mówiący, pocóż jeszcze drobnowidowe badanie, przecież nasze tłumaczenie jest tak jasne i nie naciągnięte? Pojmiecie Panowie nasze powtórne zdziwienie, kiedy się przekonaliśmy, że nie było ani mowy o zgorzeli, a czarne zabarwienie pochodziło z grzyba zagnieżdżonego w pokładzie rogowym skóry; był to grzyb *Aspergillus niger*, który po raz pierwszy w naszym przypadku na powierzchni ciała ludzkiego się zagnieździł. Zdziwił się z nas wszystkich najbardziéj naturalnie prof. Schenk, pierwszy nasz znawca grzybów i botanik, że nie poznał grzybka, którego był nie-

*) W protokółach urzędownie co dopiero wydanych opuszczono część tę, podaję ją więc podług własnych zapisków.

jako kumotrem, kiedy go Virchow w r. 1856 w jamach płucnych wykrył.

Bardeleben zapytuje się, czy nie wykryto, zkąd botanik ten przyszedł do grzybka?

Thiersch: I owszem chory często się tą kwestyją zajmował i nareszcie podejrzenie zakażenia padło na golarza. Zanim się bowiem nasz kolega S. udał do kolegi B. Schmidta, golarz go leczył (śmiech), obcinał mu paznogieć wrośnięty. Golarz ten miał podobno bardzo brudne ręce, używał bardzo brudnego ręcznika i bardzo brudnéj gąbki.

Prof. Draschego: **O leczeniu suchót płucnych za pomocą wziewań będźwinianu sodowego.**

Sprawozdanie Dr. Wł. Sciborowskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Doświadczenia robione przez Dr. na 20 chorych mężczyznach liczących od 19—54 lat, pozostających pod ścisłym nadzorem lekarskim w dwóch przyległych salach, dały następujące wypadki. (Wybierano chorych w różnych okresach choroby, którzy okazywali chęć i zręczność potrzebną do tego rodzaju leczenia.) Na 20 ch. były 4 przypadki z poczynającém się zajęciem szczytów płucnych, 12. p. choroby daléj posuniętéj, lecz z zajęciem mniéj więcéj ograniczoném, 4 p. choroby już daleko posuniętéj, z wyraźnemi jamami w płucach. 7 chorych miewało już krwotoki płucne, 9 było bez gorączki, u 11 była gorączka z ciepłotą 38,0—40,2° C. Jeden chory wdychał przez dni 50 i zużył 888 grm. będźw. sodowego, 6 chorych używało dziennie więcéj niż po 10 grm.; płyn spływający przy wziewaniu zbierano do kubków dla dalszego wziewania, w ten sposób za każdym razem czynność ta trwała przez czas dłuższy. Dwóch z chorych wziewających zapadło na zapalenie opłucny, u dziesięciu wystąpiły różne przypady nie bez znaczenia, które zmusiły do zaprzestania doświadczeń. Najczęściéj podczas wziewania chorzy doznawali duszności, braku powietrza, a nawet objawów zaduszenia, kaszel powiększony przez wdychanie nie ustawał ani we dnie, ani w nocy. Innemi częstemi objawami były: zawrót, zajęcie głowy, czkawka, nudności, wymioty, obrzmienie twarzy. Jeżeli chorzy wdychali z wyciągniętym lub przyciśniętym językiem, wtedy skarżyli się na ból w stawach szczękowych. Przy używaniu przyrządu bez rury wdechowéj nieraz powstawało na wargach, koło ust i na twarzy, swędzenie, pieczenie, a nawet drobne powierzchowne owrzodzenia, którym można było zapobiedz smarując te części gliceryną przed rozpoczęciem wdychania.

Aby orzec o skuteczności lub bezskuteczności wziewań będźwinianu sodowego w suchotach, obliczenie statystyczne, zwłaszcza z tak nie wielkiéj liczby spostrzeżeń, nie może być rozstrzygającém. Z 20 chorych, o których mowa, zmarło 6, 3 znajduje się w bardzo złym stanie, u 5 nastąpiło polepszenie, a 6 jeszcze pozostaje pod obserwacyją. Wypadek taki upoważnia nas tylko do orzeczenia, że szczególnéj skuteczności środkowi temu w leczeniu suchót płucnych przypisać nie podobna, za całkiem bezużyteczny wtedy dopiero można go będzie uznać, gdy się przekonamy, że nawet żadnéj ulgi nie przynosi. Zastanówmy się zatém nad pojedyńczemi przypadami zwykle suchotom towarzyszącemi.

Co się tyczy nieżytu, kaszlu i obfitszego odpluwania, to przypady te przy wziewaniu rozcz. będźw. sodowego stale się wzmagały; przyczyniało się do tego nietylko głębokie wdychania, ale też i działanie drażniące kwasu będźwinowego, który się przy wdychaniu wywiązywał, przy czém jednak wydzielina stając się płynniejszą łatwiéj bywała wyrzucaną. Towarzyszące tym objawom niekiedy zaduszanie powstawało mechanicznie, i najsilniejszém bywało u chorych cierpiących na rozedmę płuc. Niektórzy chorzy po wziewaniach wprawdzie przez pewien czas dłuższy lub krótszy mniéj kaszleli i odrzucali, lecz polepszenie takie zwykle bywalo przemijającém, a wziewania pary wodnéj tenże sam skutek sprawiały.

Co się tyczy gorączki: z 9 chorych, którzy przed rozpoczęciem wziewań wcale nie gorączkowali, u 5 w ciągu kilkotygodniowego wziewania gorączka powstała, i ciepłota dochodziła do 39,4° C.; gdy tymczasem u 2 gorączkujących poprzednio gorączka raz bywała większą, drugi raz mniejszą, stałą lub przemijającą, z maximum ciepłoty 40,2° C. Zmiany te nie zależały ani od ilości, ani od czasu trwania wziewania, ani wreszcie od ilości procentowéj leku w płynie rozpuszczonego. Ostatecznie można powiedzieć, że u chorych używających wziewań będźw. sodowego lek ten nie wywierał żadnego wpływu na ciepłotę ciała, a zatém i na stan gorączki.

Wiadomo, że w suchotach zwykle ciężar bezwzględny ciała się zmniejsza w skutek podupadłego odżywiania; zmiana ta daje się z łatwością w liczbach wyrazić. Z 9 chorych przez 20—50 dni używających wziewań, (ważących od 40,74—54,70 kilog.) 7 utraciło od 0,56—3,22 kilogrm., 2 zaś zyskało 0,28—0,84 kgr.; liczby te nader wymownie wskazują, jak mało nowy środek przyczynia się do poprawienia odżywiania. Jeżeli inni lekarze wkrótce po rozpoczęciu wziewań uważali powiększenie się ciężaru ciała, przypisać to niezawodnie należy temu, iż w ogóle u suchotników świeżo przyjętych do szpitala zwykło się odżywianie poprawiać w skutek lepszego pożywienia.

Pomimo bezskuteczności wziewań rozcz. będźw. sodowego co do kaszlu, gorączki i odżywiania, niekiedy stan chorych zdawał się być lepszym, wyglądali lepiéj, poruszali się żwawiéj, zwykle atoli polepszenie takie bywalo tylko pozorném, i rychło przemijało.

Co do miejscowych zmian w płucach, toż samo można zastósować, co do innych wyżéj opisanych przypadów. Z 10 chorych, przez czas dłuższy używających wziewań, 2 cierpiało na gruźlicę poczynającą, u 7 choroba była już daléj posuniętą a u 1 znajdowały się w płucach jamy. U dwóch pierwszych przed rozpoczęciem wziewań było tylko małe stępienie odgłosu przy opukiwaniu, z skąpemi rzężeniami w szczytach, po siedmiotygodniowém wziewaniu rzężenia stały się obfitszemi, i słychać je było na większéj przestrzeni. Najwybitniejszym był postęp choroby w płucach u tych chorych, u których już z rozpoczęciem leczenia znajdowały się zgęszczenia miąższu płucnego, naciek się posuwał, a niekiedy przysłuch wskazywał nawet tworzenie się jam, a jeżeli te już znajdowały się poprzednio, to w ciągu leczenia się zwiększały. Zatém i wypadki otrzymane za pomocą opukiwania i przysłuchu również nie przemawiają na korzyść wziewań będźw. sodowego.

Badaniom spirometrycznym wprawdzie wielkiéj wartości rozpoznawczéj przypisywać nie można, ale w połączeniu z innemi oznakami nie podobna im odmówić pewnego znaczenia. U trzech chorych gruźliczych, których stale poddawano badaniom tego rodzaju, zmniejszyła się pojemność płuc o 2,07, 1,08 i 1,08 CC. na 1 cm. długości ciała.

Z tego się okazuje, że wziewania rozcz. będźwinianu sodowego na przebieg suchót płucnych wcale korzystnego

wpływu niewywierają. Działanie przeciwgrzybkowe wykazać się nie daje, ale i tego przypuścić nie podobna, jeżeli u chorych wziewających ten środek drobnowidowe utwory, jak t. zw. *bakterie* i *micrococci*, wcale nie giną, a nadto u jednego chorego, którego krtań przed rozpoczęciem wziewań była zupełnie zdrową, w ciągu kilkotygodniowego wziewania powstało zaczerwienienie i obrzmienie więzadeł głosowych z chrypką, następnie nacieki guzkowate, a wreszcie owrzodzenie obustronne, pomimo ciągłego opłukiwania krtani rozpylonym środkiem leczniczym.

Zestawiwszy wypadki otrzymane przez Draschego z têm, co Sokołowski po doświadczeniach robionych na kilkunastu chorych w Goerbersdorfie powiada: „Użycie wewnętrzne jako też inhalacyje będźwinianu sodowego, podług dotychczasowych spostrzeżeń, przy leczeniu suchót płucnych nie tylko nie wpływają korzystnie na przebieg cierpienia, lecz przeciwnie w niektórych razach wywołują wcale nie pożądane działanie poboczne (Przegląd Lek. 1879 Nr. 47)“, nabywamy przekonania, że pochwały oddawane nowemu środkowi są przesadzone, nieusprawiedliwione, i że w skuteczność jego w chorobach płucnych wcale nadziei pokładać nie można.

Berlin: O nadwerężeniu wzroku po obrażeniach czaszki skutkiem urazu tępego.

B. miał na ostatnim zjeździe okulistów w Heidelbergu wykład, który nie tylko specyjalistów w wysokim stopniu obchodzi, ale ze względu na wielkie znaczenie sądowolekarskie wzbudzi niezawodnie żywe zajęcie szerokiego koła czytelników Przegl. Lek. Dawne tłumaczenie pewnéj części tych przypadków jako tak zwanéj ślepoty zwrotnéj *(Reflexamaurose)* skutkiem obrażenia n. troistego jest klinicznie i fizyjologicznie tak samo nieuzasadnione, jak teoryja o wstrząśnieniu n. wzrokowego. Natomiast pojawiło się w nowszym czasie przypuszczenie zgniecenia albo naciągnięcia n. wzrokowego w otworze wzrokowym *(foramen opt.)*. Przypuszczenie to, jakkolwiek nie poparte oględzinami, ma jednak tę zasługę, iż wskazało miejsce, w którém szukać należy przyczyny upośledzenia wzroku. W dość znacznéj liczbie przypadków znachodzimy oznaki złamania czaszki jako wgniecenie kości, krwotok do oczodołu, krwawienie z uszu itd., albo też uprawniają nas ciężkie przypady mózgowe do przypuszczenia takiego złamania. Z zestawienia spostrzeżeń klinicznych takich przypadków (40 obcych a 3 własne) okazuje się, że nadwerężenie wzroku bywa najczęściéj jednostronne, nagłe (tj. powstaje bezpośrednio po urazie), że bywa zupełne (najczęściej zupełna ślepota) i nieuleczne. Przypadki cierpienia jednostronnego kończące się wyleczeniem lub polepszeniem stanowią znikomą mniejszość; nieco lepiéj rokować pozwalają obustronne nadwerężenia wzroku. Uraz zadziałał najczęściéj na kość czołową, mianowicie na brzeg oczodołu, ale w znacznéj liczbie przypadków także i na inne miejsca czaszki, jako to na korzeń nosa, kość jarzmową, okolicę skroniową itd., a niezbyt rzadko nawet na potylicę. Co do stopnia siły to wbrew mniemaniu, że nawet lekkie urazy, mianowicie kości czołowéj, są dostateczne, okazuje się, że po największéj części były to postrzały, a zatém urazy bardzo gwałtowne, wywołujące łatwo złamanie kości. Z reszty przypadków w $^1/_3$ części ugodził czaszkę cios zadany kopytem, łopatą, przewracającém się drzewem itp. a w najlżejszych przypadkach pięścią. We wszystkich przypadkach były bezpośrednie oznaki złamania czaszki albo ciężkie objawy mózgowe, a co najmniéj przemijająca utrata przytomności, albo też niewątpliwe objawy złamania ścian oczodołu, w postaci krwotoków oczodołowych z wyparciem gałki ocznéj albo wielorakich porażeń mięśni ocznych. W pozostałych $^2/_3$ częściach przypadków miało miejsce upadnięcie na głowę, najczęściéj ze znacznéj wysokości, ale także uderzenie głową o twardą podstawę w chwili przewrócenia się osoby stojącéj. Obecność przypadów mózgowych zdaje się być stałą, bo odtrąciwszy 5 przypadków, w których omieszkano zrobić o nich wzmiankę, tylko w 2 podniesiono wyraźnie brak takowych. We wszystkich innych były one bardzo wybitne, jakoto: porażenie poprzeczne, utrata węchu, mowy, dłuższa lub krótsza bezprzytomność aż do najcięższych objawów wstrząśnienia mózgowego. Ale i w tych 2 przypadkach nie można wykluczyć na pewno utraty przytomności.

Bacząc więc na całość obrazu chorobowego wypowiedzieć musimy, iż to nadwerężenie wzroku powstaje tylko po gwałtownych urazach, które w wielu przypadkach niewątpliwie złamanie czaszki wywołują, podczas gdy w innych ciężkość uszkodzenia objawia się prawie bez wyjątku obecnością objawów mózgowych. Jeżeliby to upośledzenie wzroku spostrzeżono istotnie po lekkiém uszkodzeniu czaszki, uważaćby to należało za rzadki wyjątek. Uwzględniając te okoliczności, mianowicie zaś gwałtowność urazu, wyobrażał sobie B., że nadwerężenia wzroku po uszkodzeniach czaszki skutkiem urazu tępego odnosić należy w ogólności do złamania kruchego stropu oczodołu, przyczém nerw wzrokowy w jakikolwiek sposób wprost lub pośrednio obrażony zostaje. W tém zapatrywaniu utwierdziły go nader cenne spostrzeżenia sądowolekarskie Höldera, zbierane bardzo starannie od roku 1846, a dotąd wcale nie ogłoszone. Jak wiadomo znalazł Prescott-Hewett na 68 złamań podstawy czaszki w 23 przypadkach, a więc 33%, złamanie stropu oczodołu, Schwarz na 102 zaś 66, tj.64 %, podczas gdy Hölder na 126 złamań czaszki stwierdził 88 razy złamanie jéj podstawy, a pomiędzy temi 80 razy, a więc w 90%, złamanie stropu oczodołowego. Tę uderzającą różnicę wyników otrzymanych przez tych 3 badaczów tłumaczy nierówność sposobów badania. Prescott-Hewett i Schwarz opierają się przeważnie na spostrzeżeniach obcych, Hölder zaś wyłącznie na własnych, uskutecznianych bardzo dokładnie w ten sposób, że w każdym bez wyjątku przypadku odejmował twardą błonę mózgową z całéj podstawy czaszki, a odsłonięte w ten sposób w całéj rozciągłości złamanie przerysowywał w przygotowanych na ten cel szematach. Skutkiem tego uważać należy wyniki statystyczne Höldera za rozstrzygające, a dowodzą one nadzwyczajnéj częstości złamań stropu oczodołowego, bo w 90% wszystkich przypadków złamania podstawy czaszki. Rozpatrując się w przebiegu złamań stropu oczodołowego napotkał B. jeden przypadek, w którym pęknięcie ciągnęło się przez lewy strop oczodołu, siodło tureckie i *clivus* aż do samego *foramen magnum.* Ta rozpadlina przechodziła przez górną ścianę przewodu wzrokowego *(canalis opticus)* i krzyżowała się z czaszkowém ujściem otworu. Takie złamanie ścian przewodu wzrokowego podali wprawdzie niektórzy autorowie, ale nikt ich dotąd nie opisał, a wydarzają się one podług Höldera bardzo często. W téj mierze doniósł on wykładającemu co następuje: „Na 88 wyżéj przytoczonych przypadków złamania podstawy czaszki znalazłem 55 razy, a więc w 60%, złamanie ścian przewodu wzrokowego. Z tych było 34 mniéj więcéj bezpośrednich, wywołanych przez postrzały, miano-

wicie w usta, 20 zaś udzielonych, a mianowicie 11 zrządzonych przez upadnięcie na głowę, 1 skutkiem przejechania, a 8 skutkiem postrzałów w czoło itd. Zazwyczaj ograniczała się rozpęklina do jednego przewodu wzrokowego, wyjątkowo zaś dotyczyła obu. Nerw wzrokowy znajdowałem przy strzałach bezpośrednich często przerwany, niekiedy tylko naderwany, przy uszkodzeniach pośrednich stwierdziłem kilkakrotnie, iż był bardzo wydłużony, a w porównaniu z drugim znacznie cieńszy. Raz spostrzegłem w n. wzrokowym wybroczynę prążkowaną. Prócz tego znalazłem na 54 złamań ścian przewodu wzrokowego 42 razy wybroczynę w pochwie n. wzrokowego. Wybroczyny były częścią jedno- częścią obustronne, ale nigdy nie znalazłem wybroczyny w pochwę bez złamania przewodu wzrokowego. Nie chcę przeczyć możności wylania się krwi do pochwy nerwu wzrokowego przy złamaniach czaszki bez złamania przewodu wzrokowego, ale sądzę, że się to bardzo rzadko wydarza."

Te spostrzeżenia Höldera są nadzwyczaj ważne, bo z nich dopiero możemy wyrobić sobie pojęcie o uszkodzeniach, których nerw wzrokowy doznać może w otworze, a raczéj przewodzie wzrokowym, a nieokreślone wyobrażenia o zgnieceniu albo naciągnięciu n. wzrokowego przybierają na ich podstawie dokładniejszą postać. Zważywszy, że nadwerężenia wzroku po obrażeniach czaszki urazem tępym tylko po ciężkich obrażeniach występują, które zdolne są zrządzić złamanie kości czaszkowych, a zwłaszcza cieńkiego stropu oczodołu; zważywszy statystycznie udowodnioną częstość złamań stropu oczodołowego w ogólności, z których znów 60% dotyczy ścian przewodu wzrokowego, czuje się B. uprawnionym do przypuszczenia, że w mowie będące nadwerężenia wzroku odnosić należy w ogólności do złamań kości, a zwłaszcza ścian przewodu wzrokowego. Przypuszczenie to tłumaczyłoby cały obraz kliniczny, tak objawy mózgowe jakoteż różnego rodzaju nadwerężenia wzroku i rozmaite zmiany wziernikowe. Jeżeli nastąpi złamanie ścian przewodu wzrokowego, to niezbędne, choćby tylko chwilowe, przesunięcie odłamków kości musi zrządzić koniecznie bezpośrednie uszkodzenie nerwu, to zaś tłumaczy najnaturalniéj jednostronne, nagłe, zupełne i nieuleczne nadwerężenie wzroku. Mogą je także wywołać krwotoki do pochwy nerwu wzrokowego, a wśród pewnych okoliczności mogą oboje, tj. uszkodzenie nerwu i krwotok, być przyczyną nadwerężenia wzroku. Jeżeli takowe jest obuoczne, odnosić je należy tylko wyjątkowo do złamania ścian obu przewodów wzrokowych; zazwyczaj zaś ono polega na złamaniu siodła tureckiego, które prawdopodobnie łączy się często ze złamaniem jednego przewodu wzrokowego. W przypadkach uleczonych mamy najpodobniéj do prawdy do czynienia z przemijającém działaniem krwotoku śródpochwowego lub śródczaszkowego. Do bezpośredniego uszkodzenia nerwu lub do pośredniego jego obrażenia przez wybroczynę śródpochwową odnieść także można najrozmaitsze zmiany wziernikowe, ujemny częstokroć wynik badania wziernikowego w początkach choroby, późniejszy zanik nerwu wzrokowego, z wytwarzaniem się barwika i bez niego, zboczenia w krążeniu tętniczém i żylném w siatkówce, wynaczynionki siatkówkowe, wreszcie zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego. *(Bericht über die XII Versammlung der Ophth. Gesellschaft Heidelberg 1879*, str. 9 do 19.) *Prof. Rydel.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) E. Harnack na podstawie rozbioru chemicznego soli karlsbadzkiéj naturalnéj znajdującéj się w handlu donosi, że takowa składa się wyłącznie z czystéj soli glauberskiéj, od któréj różni się jedynie 30 razy wyższą ceną. Zawiera ona w stanie suchym siarkanu sodowego 99·33%, węglanu sodowego 0·45% i soli kuchennéj 0·076%, czysta zaś sól glauberska (*natrum sulfuric. puriss.)* składa się z 99·71% siarkanu sodowego i 0·075 soli kuchennéj. Tymczasem według składu chemicznego wody karlsbadzkiéj sól karlsbadzka winna zawierać siarkanu sodowego (+ potasowego) 46·6%, węglanu sodowego 25·1%, soli kuchennnéj 18·9% Z tego wynika, że lekarze nie powinni zapisywać soli karlsbadzkiéj naturalnéj, skoro takowa jest czystą solą glauberską a kosztuje 30 razy drożéj; gdzie zaś siarkan sodowy chcemy podawać z domieszką węglanu sodowego i soli kuchennéj, to najlepiéj zapisywać: Rp. Natri sulfurici cryst. 200.0, Natri carb. cryst. 30.0, Natri chlorati 5·0 MDS. H. nie radzi również zapisywać soli karlsbadzkiéj sztucznéj *(sal therm. carolin. artific.)*, gdyż w tych razach aptekarze wydają przetwór nie powstały ze zmięszania powyższych trzech soli, lecz przez przekrystalizowanie ich rozczynu, w którym stosunkowo wiele znajduje się siarkanu sodowego a mało sody i soli kuchennéj. *(Berl. klin. Wchft.* 1880 Nr. 1).

ss) Köhnhorn poleca przeciw rozpływnym potom u suchotników posypywanie całego ciała proszkiem, już dawniéj przeciwko poceniu się nóg zalecanym. Rp. Acidi salicylici 3.00, Amyli 10.00, Talci 87.00 Mfp. Najlepiéj pudrowanie takie uskuteczniać wieczorem; gdyby skóra była chwilowo zbyt suchą, by proszek mógł do niéj przylegać, należy poprzednio natrzeć skórę sadłem lub spirytusem z taninem. Ponieważ kwas salicylowy łatwo wywołuje kaszel i krztuszenie, powinien chory podczas pudrowania zatkać sobie nos i usta chustką. (*Berl. klin. Wochft.* 1880 Nr. 1.)

Chloral przeciwko połowiczemu bólowi głowy *(hemicrania).* Z rozczynu 3 gramów chloralu w 40 gramach wody przekroplonéj bierze się 1 łyżkę stołową lub połowę powyższéj ilości w małéj lewatywie ze szklanki wody letniéj. Po kilku sekundach spokojnego leżenia ze zamkniętemi oczami czuć smak chloralu w ustach obok uczucia otrętwienia. W pół godziny pozostaje tylko lekki ból głowy i słabe otrętwienie; w 1½ godziny już nic nie dokucza. U niektórych osób zwłaszcza u mężczyzn ilość chloralu może dochodzić do 2 a nawet do 2·50 grm. Jeżeli po lewatywie doznaje sie lekkiego pieczenia w odbytnicy, można zapobiedz temu biorąc zamiast wody mleka letniego lub rozmącając w wodzie jedno żółtko. (*Seure. Annuaire de thérap.* 1879). *P.....i*

Plaster pryszczący z chloralu. Plaster smołowy burgundzki tak duży, aby pokrył całą część bolesną posypuje się chloralem proszkowanym w ilości 1—2 gramów na decimetr kwadratowy. Urabianie chloralu z plastrem jest zbyteczne. Przykłada się go na miejsce bolesne na 24—48 godzin, skóra przez ten czas pokrywa się pod nim małemi pęcherzykami, wypełnionemi płynem surowiczym, przeźroczystym. Pęcherzyk każdy przekłówa się końcem szpilki a całe miejsce pokrywa ceratką. Pęcherzyki goją się szybko. Ból znika najczęściéj przed zagojeniem się przekłótych pęcherzyków. Postrzał *(lumbago)*, kłócie w klatce piersiowéj (*pleurodynia*), nerwobóle międzyżebrowe ustępują po użyciu tego środka. (*Solari. Marseille médical).* *P....i.*

Pagliani. Szkodliwość uprawy ryżu. W drugim zeszycie z r. 1879 czasopisma *Giornale della società Italiana*

d'igiene mieści się sprawozdanie Dra Paglianiego o ograniczeniu uprawy ryżu na prawym brzegu rzeki Po. Na lewym brzegu téj rzeki dawno uprawiano ryż, na prawym zaś jéj brzegu dopiero przez założenie w r. 1874 dwu kanałów sprowadzających wodę uzyskano 5.000—6.000 hektarów gruntu do uprawy ryżu przydątnego. Nawodnienie jednak to gruntu pierwéj suchego oddziałało wkrótce tak szkodliwie na stosunki sanitarne mieszkańców, iż ministerstwo wyznaczyło komisyję z lekarzy i techników do zbadania stanu rzeczy, a jako sprawozdawca téj komisyi podaje P. wynik dochodzeń. Przed zaprowadzeniem uprawy ryżu na prawym brzegu rzeki Po słynęła okolica koło Casale jako odznaczająca się zdrowością. Nie uważano, aby zimnice były częstszemi, niż w innych częściach Piemontu, a często można było wykazać, że chorzy nabawili się téj choroby przebywając w okolicach na lewym brzegu rzeki Po, w których ryż uprawiano. Po r. 1874 pojawiły się liczne zimnice a bardzo cechującym był ten wpływ zimnic na przebieg innych chorób, jak również na oporność w obec przyczyn chorobotwórczych. W Mirabello, gdzie dawniéj liczba urodzin przewyższała liczbę przypadków śmierci, zapisano w r. 1878 160 zgonów a tylko 96 nowourodzonych. Liczbę poronień po 3 miesiącu ciąży w skutek zimnic podają lekarze na 50. Po dokładném zbadaniu terenu pod względem topograficznym, geologicznym i lekarskim proponowała wzmiankowana wyżéj komisyja, aby uprawy ryżu na prawym brzegu rzeki Po w niektórych miejscowościach zupełnie zakazać a w sąsiednich dozwolić jedynie przy zachowaniu pewnych ostrożności, — a propozycyję tę Rząd włoski uwzględnił. Przyszłość okaże o ile środek ten zaradczy wpłynie na poprawę zdrowia ludności. (Spostrzeżenie to stwierdza raz jeszcze znany pewnik, że miejscowości wilgotne są dla zdrowia szkodliwe, że sprzyjają powstawaniu i szerzeniu się zimnic a obok tego i to, że podkopują siłę i zdrowie ludności a oraz zmniejszają oporność przeciw innym wpływom chorobotwórczym. Ciekawém będzie, jak uwydatni się jeszcze szkodliwość tego osłabiającego wpływu chorobotwórczego przy poborze do wojska, gdy przyjdzie kolej na urodzonych w tych miejscach w latach od 1874—1877. *Przypisek sprawozd.*) *K. Gr.*

* Na posiedzeniu Akademii lek. paryskiéj z d. 2 grudnia 1879 r. E. Decaisne zdał sprawę z doświadczeń fizyjolog. czynionych wspólnie z Evrardem i G. Decaisnem na zwłokach ściętego, celem przekonania się, czy objawy życia istnieją w częściach odłączonych, szczególnie w głowie. W 5 minut po śmierci nie było żadnego oddziaływania na bodźce w przyrządach zmysłowych; bicia serca również nie było a faradyzacyja nie zdołała wywołać kurczenia się mięśni sercowych. Natomiast na bodziec ten oddziaływały wszystkie mięśnie kadłuba i twarzy jeszcze przez $1^1/_2$ godziny. (*Berl. klin. Woch.* 1879, Nr. 51).

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne z dnia 7 stycznia 1880 roku.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 29 i 1 korespondent

1. Przewodniczący powitał i przedstawił obecnym nowo obranego członka korespondenta Dra Hausera z Tarnowa.

2. Przewodniczący złożył do księgozbioru Tow. dwie broszury nadesłane przez prof. Korczyńskiego, zawierające spostrzeżenia zebrane w klinice krakowskiéj, jednę w języku polskim, drugą w niemieckim, oraz sprawozdania z czynności Komisyi balneologicznéj.

3. Odczytano sprawozdania za rok ubiegły, i tak sekretarz stały kol. Pareński odczytał sprawozdanie ogólne, a sekretarz doroczny kol. Wasylewski zdał sprawę z czynności naukowych Towarzystwa. Kol. Obaliński jako podskarbi zdał sprawę z obrotu funduszów Towarzystwa, a kol. Rybczyński jako sekretarz Redakcyi Przeglądu Lek. sprawozdanie finansowe z obrotu funduszów tego pisma. Kol. Smoleński zdał sprawę z czynności Komisyi balneologicznéj, a kol. Janikowski podał wiadomość o stanie biblijoteki, o pracach Komisyi terminologicznéj, oraz Komisyi sanitarnéj miejskiéj.

4. Kol. Machek jako sprawozdawca Komisyi kontrolującéj zawiadomił, że wszelkie rachunki znaleziono w największym porządku, oraz wniósł, aby koll. Obalińskiemu, Grabowskiemu i Rybczyńskiemu, obok udzielenia absolutoryjum, Tow. złożyło podziękowanie, czemu na wezwanie przewodniczącego zadość uczyniono.

5. Kol. Zarewicz odczytał zasady umowy między Tow. lekarzy galicyjskich i Tow. lekarskiém krakowskiém, uchwalone na ostatnich posiedzeniach, które jednomyślnie przyjęto.

6. Przewodniczący ustępując z urzędu, przezeń dotychczas zajmowanego, podał ogólny pogląd na czynności Towarzystwa w roku ubiegłym, oraz zmiany jakie zwłaszcza co do Komisyj stałych zaprowadzono, zakończył podziękowaniem za poparcie jakiego w czynnościach swoich ze strony kolegów doznawał.

7. Na wniosek przewodniczącego Towarzystwo podziękowało kol. Blumenstokowi za gorliwe i na wszelkie uznanie zasługujące pełnienie obowiązków Redaktora Przeglądu Lekarskiego.

8. Dokonano wyboru urzędników Towarzystwa na rok bieżący. Prezesem wybrano kol. Warschauera, wiceprezesem kol. Grabowskiego, sekretarzem stałym kol. Zarewicza, podskarbim kol. Obalińskiego, biblijotekarzem i delegatem do Komisyi sanitarnéj miejskiéj kol. Janikowskiego, redaktorem Przeglądu Lekarskiego kol. Blumenstoka, członkami Redakcyi koll. Domańskiego, Kwaśnickiego, Rybczyńskiego i Zarewicza. Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Wasylewski.

V. Kilka wyjątków z księgi Hippokrata:
O powietrzu, wodach i miejscach.

Z greckiego przełożył i kilku wyjaśnieniami opatrzył

prof. Dr. **Józ. Oettinger.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

16. Co do braku odwagi i męstwa w ludziach, iż Azyjanie mniéj są wojowniczy niż Europejczycy a łagodniejszego obyczaju, to główną tego przyczyną są pory nie ulegające wielkim zmianom, ani ku gorącu ani ku zimnu, lecz do siebie zbliżone. Nie powstają bowiem wstrząśnienia umysłu, ani silny przerzut ciała, od czego oczywiście popędy dziczeją i więcéj nabierają zapamiętałości i odwagi, aniżeli pozostające zawsze pod tym samym wpływem. Zmiany przedewszystkiém obudzają rozum ludzi i niedozwalają gnuśnieć. Dla tych to przyczyn zdaje mi się ród azyjański jest bezsilny a prócz tego dla jego zwyczajów. Wielka bowiem część Azyi królom ulega. Gdzie zaś ludzie sami sobą nie rządzą, ani nie są samodzielni, lecz pod rozkazami panów, to u nich nie o tém mowa, jakby się wprawiać w rzemiosło wojenne, ale jakby nie wydawać się bitnymi. Narażania bowiem nie są równe; gdyż oczywiście walczą i trudzą się i umierają zniewalani dla panów, zdala od dzieci i żony i reszty przyjaciół. A co pożytecznego lub walecznego dokażą, to panowie od tego się wzmagają i wzrastają, niebezpieczeństwa zaś i śmierć sami ponoszą. Oprócz tego jeszcze ziemski majątek tych ludzi koniecznie pustoszeje od nieprzyjaciół i zaniedbanéj uprawy; tak dalece, że choćby kto z przyrody był mę-

żny i odważny, to prawa umysł od tego odwodzą. Jawnym tego jest dowodem, że ilu tylko w Azyi Hellenów lub barbarzyńców nie ulega panom, lecz jest samorządnych i za siebie samych trudy ponosi, to tacy ze wszystkich są najbitniejsi, na niebezpieczeństwa albowiem narażają się dla siebie, sami téż odnoszą nagrody za męstwo, jak również karę za tchórzostwo. Znajdziesz téż i Azyjanów różniących się między sobą jednych lepszych, drugich lichszych, przyczyną jest zmienność pór, jak poprzednio wskazałem. Owoż jak się ma rzecz z mieszkańcami Azyi.

17. W Europie jest naród Skityjski, który mieszka nad bagnem Majotyckiém, różny od innych narodów a zwie się Sauromatami. Ich kobiety dosiadają konia, strzelają z łuków i rzucają pociski z koni i walczą z nieprzyjacielem, dopóki są pannami. Nie przestają zaś być pannami (οὐκ ἀποπαρθενεύονται), aż dopóki trzech nieprzyjaciół nie zabiją i wprzód się nie zaślubiają, aż póki nie złożą ofiary według ustawy. Jak skoro zaś która za mąż wyszła, przestaje na koniu jeździć, aż póki nie przypadnie potrzeba pospolitego ruszenia. Prawego sutka nie mają, gdyż niemowlętom jeszcze matki rozpaliwszy w tym celu przysposobione narzędzie miedziane do prawego je sutka przykładają i przyżegają go, aby wzrost jego zniweczyć a zwrócić całą moc i pełność do prawego barku i ramienia.

18. Co do postaci reszty Skitów, że tylko do siebie samych są podobni, a bynajmniéj do innych, to taż sama jest sprawa, co i z Ajgipcyjanami, tylko, że ci są zmożeni od gorąca a tamci od zimna. Skitów tak zwana puszcza równiną jest błoniastą a wysoką i miernie wodnistą, są bowiem wielkie rzeki odprowadzające wodę z równin. Tu Skitowie żyją, zwą się zaś koczownikami (Νομάδες), iż nie mają domów, ale mieszkają na wozach. Wozy zaś są jedne mniejsze czworokołe, drugie sześciokołe, same poprzegradzane pilśniowemi okrywami, a zbudowane są jak domy jedne pojedyńcze, drugie potrójne, a zarazem szczelnie zwarte od wody jak od śniegu i wiatrów. Wozy zaś ciągną sprzężaje już podwójne, już potrójne wołów nie rogatych, nie mają bowiem rogów od zimna. Na takich to wozach i kobiety życie spędzają, mężczyźni zaś jeżdżą na koniach a za nimi ciągną owce, krowy i konie. Pozostają zaś tak długo na tém samém miejscu, póki starczy dobytkowi paszy, a skoro jéj już więcéj nie ma, przenoszą się na inne miejsce. Sami jadają mięso gotowane, a pijają mleko kobyle a pożywają hippakę tj. sér kobyli. Owoż tak się ma rzecz z ich sposobem życia i zwyczajami.

19. Co do pór i postaci, ród Skitów wielce jest odmienny od reszty ludzi a sam tylko do siebie podobny jak ajgipski, a najmniéj płodny, a kraj najmniéj zwierząt wydaje, tak pod względem wielkości, jak i mnogości. Leży bowiem pod samemi niedzwiedzicami i górami Rypajskiemi, skąd dmie wiatr północny, a słońce zbliżając się najbardziéj, skoro do letnich dojdzie obiegów, to i wtedy krótko ogrzewa i nie bardzo, a wiatry od ciepłych stron wiejące nie dochodzą, chyba rzadko i słabo, lecz od północy dmą ciągle wiatry zimne od śniegu i lodów i wód wielu, nigdy bowiem gór nie opuszczają i dla tego trudno tam mieszkać. Mgła gęsta zalega we dnie równiny a na nich życie spędzają tak, że mają zimę ustawiczną, lato zaś tylko kilka dni i to nie bardzo. Równiny bowiem wysokie a gołe nie są wieńczone górami, lecz wznoszą się ku północy. Tamże i zwierz nie rodzi się wielki, lecz zdolny chronić się pod ziemię, zima bowiem przeszkadza i ziemi golizna i że nie ma ani przytułku ani schronienia. Zmiany bowiem pór nie są wielkie, ani silne, lecz równe i mało się różnią, dla tego i postaci są do siebie nawzajem podobne. A pokarmu używają zawsze jednakiego i téj saméj odzieży, tak w lecie jak w zimie i powietrze wciągają wilgotne a gęste i wodę piją ze śniegu i lodów a natężenia nie ma żadnego, nie podobna bowiem, aby się ciało lub umysł natężał, gdzie nie ma zmian silnych. Dla tych zniewalających przyczyn ich postaci są grube i tyłowite bez widocznych przegubów i obrzękłe i wątłe, jamy ciała nader wilgotne a ponad wszystkie dolna brzuszna, niepodobna bowiem, aby wnętrze wysychało w takim kraju śród téj przyrody i pór właściwości, lecz z powodu powłoki tłustéj a gładkiéj oblicza są do siebie nawzajem podobne, męzkie do męzkich, a niewieście do niewieścich. Albowiem gdy pory są prawie jednakie, w wytworze nasienia nie zdarza się ani zepsucie, ani zboczenie: chyba przypadkiem z gwałtu lub choroby.

20. Podam jawny dowód wilgotności (ich ciała). Wielu bowiem z pośród Skitów, wszystkich zwłaszcza koczowników, znajdziesz poprzyżeganych na barkach i na ramionach i na korzeniach rąk i na piersiach i na biodrach i na lędźwiach nie dla czego innego, jedno dla wilgotności i miękkości ich przyrody; nie zdołają bowiem ani łuków wyprężać, ani rzucać pocisków barkiem dla wilgotności i zwątlenia. Skoro się ich zaś przyżegnie, wysycha ze stawów większa część wilgoci a ciała stają się tęższe i zażywniejsze i giętsze w stawach. Są zaś rozwolnione i rozlane, naprzód iż się ich nie powija jak w Ajgipcie, ani to w zwyczaju dla jeżdżenia na koniu, aby dobrze dosiadali, a potém dla wysiadywania. Chłopcy bowiem dopóki nie są zdolni jeździć na koniu, najwięcéj siedzą na wozie i mało używają przechadzki dla przenosin i objazdów, dziewcząt zaś postaci dziwnie są wątłe i ociężałe. Czerwonawo śniady (πυῤῥὸν) jest ród Skityjski dla zimna, gdyż siły słońca nie dostaje, a od zimna białość zwarzona czerwienieje.

21. Przyroda taka, niepodobna, aby była płodna, ani bowiem u mężczyzny nie powstaje wielka żądza spółkowania dla wilgotności przyrody a wątłości i zimnoty brzucha, od czego mężczyzna oczywiście najmniéj staje się zdolny do obcowania płciowego, a do tego tłukąc się ustawicznie na koniach stają się bezsilni do spółkowania. U mężczyzn te są przyczyny, u niewiast zaś otyłość i wilgotność macica bowiem nie zdoła schwycić nasienia, ani też czyszczenie miesięczne nie odbywa się u nich, jak potrzeba, lecz skąpe i w długich odstępach czasu a usta maciczne od tłuszczu są zamknięte i nie przyjmują nasienia, niewiasty zaś same są ociężałe i tłuste a żywoty ich zimne i wątłe. Dla tych zniewalających przyczyn ród Skityjski nie jest płodny. Jawnego zaś dowodu dostarczają niewolnice, zaledwie bowiem zetkną się z mężczyzną, a już w żywocie poczęły z powodu swéj pracowitości i smukłości.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* W skład Rady sanitarnéj Karyntyi na czas 1880—1882 r. wchodzą: Referent sanitarny Fradeneck jako przewodniczący, Dr. Hussa jako zastępca przewodniczącego, a jako członkowie: Drowie Birnbacher, Pichler i prof. położnictwa Krassnig.

* Cholera w Japonii wygasła; panowała ona tam od początku kwietnia do 21 października r. z.; chorowało ludzi 156,204, z których umarło 89,702, a więc 57·43%. Wybuch jéj przypisują otwarciu grobów zmarłych w r. 1877 z cholery

wojowników, których wtedy na prędce płytko zakopano, a w kwietniu r. z. przeniesiono na miejsce odpowiedniejsze (*D. med. Woch.* 1880, Nr. 2).

Statystyka epidemij. W tygodniu 1 ospa rozszerzyła się nieco bardziéj w Londynie. Umarło 4, leczy się w szpitalach 56, zapadło świeżo 22. W Wiedniu umarło 6, w Paryżu 56, w Budapeszcie 2, w Pradze 4, w Bukareszcie 24, w Petersburgu 5. Odra złagodniała w Londynie, Liwerpolu, Kopenhadze, podobnież i płonica w Bukareszcie. Bardziéj się rozszeszył krztusiec w Londynie; umarło z niego 165. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 11. W tygodniu 2 umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 11, mianowicie z ospy; a doniesiono w tymże czasie o 25 przypadkach ospy (10 pomiędzy wojskiem), 7 ospianki, 1 ospicy, 1 dławca, 1 krztuśca, 1 czerwonki, 4 zimnicy.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 1 umarło na 1000 i rok w Krakowie 36,7; we Lwowie 32,0; w Warszawie 25,9; w Poznaniu 27,4; w Wiedniu 33,0; w Budapeszcie 38,7; w Pradze 36,7; w Tryjeście 41,8; w Berlinie 26,0; w Monachijum 29,8; w Dreznie 26,6; w Wrocławiu 21,8; w Lipsku 26,1; w Bazylei 19,6; w Brukseli 34,3; w Paryżu 33,4; w Londynie 31,5; w Kopenhadze 35,8; w Stokholmie 18,7; w Petersburgu 41,7; w Bukareszcie 47,3; w Aleksandryi 34,6; w Nowym Yorku 23,3; w Bombayu 39,5; w Madrasie 40,0. *J. B.*

* Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych od Nowego roku występuje nagminnie we wsi Russocicach w pow. krakowskim; zachorowało dotąd 12 osób między 18—40 rokiem życia a umarło 5; bieg choroby gwałtowny. Ospa panuje obecnie we wsiach: Bronowice wielkie, Piaski i Grzegórzki.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 stycznia. Na właściwém miejscu podajemy dziś wiadomość o konkursie, rozpisanym celem obsadzenia opróżnionéj posady fizyka miejskiego. Rozpisanie konkursu jest następstwem uchwały, zapadłéj w Radzie miejskiéj, na którą w zupełności się piszemy, ponieważ rozchodzi się o zasadę. Nie wchodząc wcale w kwestyję osób pragniemy jednak, aby sprawa obsadzenia posady dla miasta naszego tak ważnéj, zanim ostatecznie rozstrzygniętą zostanie przez Radę miejską, poddaną została pod rozbiór i zdanie Komisyi sanitarnéj miejskiéj, jako grona najbardziéj kompetentnego do rozpatrzenia się i ocenienia kwalifikacyi kandydatów, którzy o posadę fizyka ubiegać się będą. Przypomnienie nasze może jest zbytecznem, bo trudno przypuścić, aby Komisyja sanitarna mogła być pominiętą właśnie tam, gdzie zdanie jéj powinno zaważyć na szali; — ale *superflua interdum non nocent!*

* **Warszawa.** Kosztem Rady miejskiéj dobroczynności publicznéj Dr. H. Dobrzycki, lekarz szpitala w Mieni, udaje się na 5 miesięcy za granicę celem zbadania obecnego stanu kwestyi leczenia chorób piersiowych.

Tow. lek. warszawskie na posiedzeniu swém wybrało: prezesem prof. Tyrchowskiego, wiceprezesem Wład. Stankiewicza, sekretarzem dorocznym Wład Gajkiewicza. Następnie obrało członkami korespondentami: prof. Korczyńskiego z Krakowa, docenta Jurasza z Heidelberga i Dra Krówczyńskiego ze Lwowa.

W Petersburgu od 1—11 bm. odbywa się zjazd przyrodników; zapisało się przeszło 700 uczestników. Z Warszawy przybył na Zjazd prof. Nawrocki. Ukazał się tamże pierwszy numer nowego czasopisma lek. pt. „Wracz" pod redakcyją prof. Manasseina (*Medycyna*).

* **Mianowania i odznaczenia.** Docenci prywatni w Berlinie Küster i Krönlein mianowani zostali tamże proff. nadzwyczajnymi a ostatni równocześnie powołany został do Giessen. — Dr. Jan Ranke w Monachijum powołany został do Fryburga w Brysgowii jako następca prof. fizyjologii Funkego. — Naczelnik służby zdrowia cywilnéj i wojskowéj w Serbii Dr. Władan Giorgiewicz otrzymał krzyż komandorski orderu Franciszka Józefa.

* **Wiadomości osobowe.** Na podstawie §. 39 ustawy wojskowéj przeniesieni zostali do c. k. obrony krajowéj nie czynnéj dotychczasowi starsi lekarze rezerwy: Drowie Zygmunt Dzikowski, Leopold Getzlinger, Ludwik Lutyński, Natan Recheles, Henryk Witek we Lwowie; Wilhelm Strzechowski, Józef Merunowicz, Mieczysław Dembowski i Antoni Loew w Krakowie.

* **Nekrologija.** W Giessen umarł prof. farmakologii Buchheim — W Marburgu umarł docent prywatny Dr. Adolf Ferber

* **Konkurs.** Prezydent miasta ogłasza konkurs do d. 15 lutego rb. celem obsadzenia posady fizyka m. Krakowa z płacą roczną 800 złr. i dodatkiem służbowym 300 złr. Kandydaci ubiegający się o tę posadę w podaniach swych do prezydyjum magistratu wystósować się mających winni wykazać: wiek, miejsce urodzenia, dotychczasowe służbowe stosunki, a nadto dołączyć świadectwo złożonego egzaminu, jaki jest przepisany rozporządzeniem ministra spraw wewn. z d. 21 marca 1873 r. l. 37 dz. p. p. dla uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy urzędach administracyjnych.

* **Konkurs.** Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego rozpisuje niniejszém konkurs na stypendyjum jednorazowe w kwocie 900 złr w. a. z fundacyi JW. Radcy stanu Walentego Szklarskiego.

O stypendyjum to ubiegać się mogą uczniowie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, którzy najdaléj przed dwoma laty otrzymali dyplom doktorski lub przynajmniéj ukończyli studyja lekarskie. Każdy z ubiegających się powinien się zobowiązać pisemnie, że w razie udzielenia mu stypendyjum w przeciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, — jeżeli ich jeszcze nie złożył, — a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę.

Podania należy wnieść najdaléj do dnia 10 lutego br. na ręce podpisanego.

Kraków dnia 9 stycznia 1880 r.

Prof. Korczyński,
Dziekan wydziału lek.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 2: Weitzenbluta: Przyczynek do leczenia błonicy; — w *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 1. Buszka: Przyczynek do statystyki śmiertelności w m. Krakowie (c. d. z roku przeszłego). — *Gazeta Lekarska* nie dochodzi nas wcale.

Redakcyja otrzymała:

Rivista sperimentale di medicina legale. Anno V, Fascicolo I, II e III, Reggio-Emilia 1879.

Piśmiennictwo lekarskie. EWALD C. A. Die Lehre v. d. Verdauung. 12 Vorlesungen. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 3·60.

FAUCON A. Leçons de clinique chirurgicale. 8. Paris, Asselin. Fr. 6.

FLÜGGE C. Beiträge zur Hygiene. Mit Holzschn. und 5 Taf. gr. 8. Leipzig, Veit et Co. M. 5.

FLURY A Beitrag z. Geschichte u. Statistik d. hohen Steinschnitts v. 1851—1878. gr. 8. Tübingen, Fues. M. 1·60.

FOTHERGILL J. M. The Heart and its Diseases, with their Treatment. 2nd ed. W. Plates and Illustr. London, Lewis. sh. 16

FROELICH H. Die Militärmedicin Homers. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 2.

FRÜHAUF H Diagnostik d. inneren Krankheiten. M. Abbildgn. 8. Berlin, Denicke. M. 5.

GOWERS W. R. A Manual and Atlas of Medical Ophthalmoscopie. 8. London, Churchill. sh. 18.

GREGORY W. De la Méthode sanglante dans les rétrécissements de l'urèthre. gr. 8 Paris, Delahaye. Fr. 5.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 21 stycznia o godz. 5téj popol. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Smoleński mówić będzie „o wziewaniu cieczy rozpylonych, jako o sposobie wprowadzania leków do miąższu płucnego."

Sprostowanie. W Nrze 2gim w szpalcie IIgiéj w odcinku w tytule zamiast: O powietrzach ma być: O powietrzu; a na str. 25 w szpalcie IIgiéj, w wierszu 16 od góry zamiast: tam winno być ma.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 24 stycznia 1880. **№ 4.** **Rok XIX.**

TREŚĆ: I. KRÓWCZYŃSKI. Leczenie wiewióra przewlekłego. (C d.) — II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech. PONIKŁO IV. Suchoty i gruźlica (C d.) — III. SOPIŃSKI. Przyczynek do kazuistyki sądowolekarskiéj. — IV *Oceny i sprawozdania*: RIEGEL. Rozpoznanie zrostu blaszek osierdziowych. Sprawozdanie Dra Smoleńskiego. — MEYER. VOLKMANN. HOFMANN. — *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Odcinek:* ROLLE. O błonicy *(diphtheritis)* panującéj nagminnie na Podolu. List I. — Listy z prowincyi. — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. Leczenie wiewióra przewlekłego.

Napisał Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

(Rzecz czytana na posiedz. sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Poznawszy przyrządy obecnie do badania cewki używane, powiedzieć należy kilka słów o ułożeniu badanego i o koniecznych przygotowaniach potrzebnych do badania. Ułożenie pacyjenta i pozycyja badającego powinny być o ile możności wygodne, a tym dwom warunkom łatwo można zadość uczynić. Najswobodniéj jest ułożyć pacyjenta na krześle na to przeznaczoném, które zbliżone jest kształtem do krzesła używanego dla kobiet przy badaniach ginekologicznych. W braku krzesła można badać, umieszczając pacyjenta na stole lub jakimkolwiek innym przedmiocie. Przy badaniu części cewki za spojeniem kości łonowych się znajdującéj powinien leżeć pacyjent na saméj krawędzi krzesła i to z podniesionym krzyżem i odciągniętemi udami; badając część prącia wiszącą nie potrzeba podnosić krzyża, tylko odciągnąć uda zgięte w stawie kolanowym. Pomiędzy nogami chorego siedzi badający, którego twarz powinna się znajdować w równéj wysokości z badanemi częściami chorego. Posługując się sztucznem światlem ustawiamy takowe z boku pacyjenta i nieco po za nim i tak, ażeby światło na równéj wysokości z częściami rodnemi się znajdowało. Pomazawszy tłuszczem lub oliwą endoskop, przytrzymujemy prącie za żołądź lewą ręką tak, aby szparę podłużną ujścia zamienić w poprzeczną, a uciskając palcem wskazującym ręki prawéj konduktor, wsuwamy do cewki endoskop, utrzymywany między pierwszym a trzecim palcem ręki prawéj. Uciskanie konduktora jest niezbędne, albowiem przez usunięcie się onego możnaby zranić ściany cewki. Obojętną jest rzeczą, w jakiém ułożeniu znajduje się prącie w chwili wkładania endoskopu, który mniéj więcéj horyzontalnie powinien być utrzymany w chwili, gdy wnętrze endoskopu oświetlić mamy. Dla utrzymania endoskopu w cewce dobrze jest okręcić prącie około osi podłużnéj, przez co utrudnia się jego wysunięcie. Przy sztucznem świetle używamy reflektorów wklęsłych do oświetlenia cewki, które trzymamy w ręku, albo co znacznie bywa wygodniéj, zakładamy na czoło i przymocowujemy opaskę. Używając do badania słońca, posługujemy się zwierciadłami płaskiemi, skierowawszy światło na rękojeść konduktora wyciągamy takowy, a jeśli światło dokładnie przez sam środek endoskopu przechodzi, czyli innemi słowy, jeśli odbite promienie są równoległe do ścian endoskopu, natenczas obaczymy ścianę cewki. Wprowadzanie endoskopu nie przedstawia znacznych trudności, a postępujemy przy tém jak przy wprowadzaniu prostego cewnika. Trzymając prącie pionowo do wzgórka łonowego wsuwamy endoskop wraz z konduktorem, lekko przyrząd uciskając aż do tego miejsca, gdzie opór uczuwamy; tém miejscem bywa część cewki, którą tworzy zagłębienie tylnéj ściany w saméj opuszce. Bardzo rzadko natrafiamy na opór już w samém ujściu cewki, względnie w dołku czołenkowatym, gdy grubość przyrządu zastósowaliśmy do szerokości cewki, a rzadko stawia przeszkody więzadło trójkątne okalające błoniaste części cewki. Pomijam przypadki zgrubień i zwężeń cewki, a mam na myśli cewkę prawidłową. Aby zwyciężyć opór stawiany przez zagłębienie w opuszce, pochylamy zwolna endoskop równocześnie wciskając lekko ku cewce cały przyrząd. Przy tém powolném pochylaniu zazwyczaj opór ustaje, a endoskop posuwa się w głąb cewki. Nie można oznaczyć, jak silnie pochylać należy endoskop dla wprowadzenia do głębokich części, albowiem to zależy od każdego przypadku danego i podczas gdy niekiedy bardzo nieznacznem pochyleniem zwyciężamy opór, innym razem nawet bardzo znaczne pochylenie nie wystarcza. Jeżeli pochylenie jest tak znaczne, że z pierwotném ułożeniem pionowém prącia tworzy kąt 110°, a mimo to endoskopu nie udało się wprowadzić, nie powinno się usiłować wprowadzić go przemocą, gdy zaś kilkakrotne usiłowania nie osiągnęły celu, należy odłożyć zbadanie chorego do dnia lub dni następnych. Najboleśniejszym aktem przy wprowadzaniu endoskopu jest przechylanie i wsuwanie do głębokich części, ale z góry zaraz uprzedzam, że ono bynajmniéj

nie jest tak bolesne, aby go nawet najdrażliwsi chorzy nie znosili, jeżeli to powoli i oględnie wykonywamy. Ból zresztą zależy także od umiejscowienia się choroby, a gdy jéj siedzibą jest część opuszkowa lub błoniasta cewki, wprowadzenie endoskopu będzie najboleśniejsze w chwili przesuwania się jego po schorzałéj części.

Po wprowadzeniu endoskopu i dokładném oświetleniu jego wnętrza musimy oczyścić pole widzenia, które często zasłaniają wydzieliny chorobowe, jak śluz lub ropa, lub sztuczne, jak tłuszcz użyty do pomazywania lub wreszcie krew. Oczyszczamy pole widzenia tamponikiem z waty najlepiéj oczyszczonéj, jak np. waty Brunsa, które to tamponiki wprowadzamy za pośrednictwem przyrządu wyżéj opisanego, a służącego do przytrzymywania waty. Używając aparatu endoskopijnego rozłożonego, łatwo oczyścić pole widzenia, trudniéj posługując się endoskopem Desormeauxa, u którego zawsze jest szpara, przez którą tampony wsuwamy.

Wprowadzając krótkie endoskopy, służące do zbadania części gąbczastéj i opuszkowéj, nie potrzebujemy pochylać przyrządu, którego krótkość uniemożliwia wprowadzenie do głębokich części cewki. Wprawdzie pochylamy krótkie endoskopy, ale w innym celu, a mianowicie, aby dokładnie oświetlić ich wnętrze i zbadać cewkę przy horyzontalném ułożeniu. To samo, co powiedziano o wprowadzaniu endoskopu prostego z konduktorem, dotyczy także wprowadzania innych prostych endoskopów, jako to: oszklonego i z zwierciadłem, o wprowadzaniu zaś endoskopów zakrzywionych nie wspominam, bo ono nie różni się od używania sond i kateterów zakrzywionych. Poprzednio wspomniałem, że prosty endoskop z konduktorem wystarcza do badań wszystkich części cewki z wyjątkiem głębszéj części przyprątnéj, i ma najobszerniejsze zastósowanie. Endoskopy proste oszklone służą do badania części przyprątnéj i pęcherza i rzadko ich używamy; zupełnie zaś zbyteczne wydają mi się endoskopy zakrzywione, których użycie jest bardzo ograniczone, a rezultaty badania wcale nieznacznéj doniosłości. To więc co w dalszym ciągu mówić będę, tyczy się tylko endoskopu prostego i prostego oszklonego.

Zanim poznamy cewkę chorobowo zmienioną, musimy dokładnie poznać jéj budowę w stanie prawidłowym. Dla osiągnięcia tego celu może nie będzie od rzeczy przypomnieć anatomiję cewki. Tworzy ona jak wiadomo mniéj więcéj około 18 cm. długą rurę, któréj obwód bywa bardzo rozmaity i przez rozszerzenie łatwo powiększyć się daje. Ogólnie dzielimy cewkę na trzy części, a mianowicie część gąbczastą 12—13 cm. długą, błoniastą około 3 cm. i przyprątną również około 3 cm. długą, dla naszego jednak użytku podział na cztery części będzie właściwszym, który otrzymujemy przez podzielenie części wiszącéj prącia na gąbczastą i opuszkową. Nienaprężone prącie, a z niém i cewka tworzy dwa zgięcia; pierwsze zwrócone wklęsłością ku spojeniu kości łonowych i po za niemi leżące, drugie wypukłe ku kościom i przed niemi leżące, znajduje się w części gąbczastéj. Drugie zgięcie łatwo znieść można podnosząc prącie, co téż robimy wprowadzając instrumenta do cewki. Bezpośrednio za ujściem cewki znajdujemy dołek czółenkowaty, który powstaje przez zagłębienie tylnéj ściany cewki, a zagłębienie podobne w części opuszkowéj tworzy właściwą opuszkę, w któréj jak poprzednio wspomniałem utykają proste endoskopy. Ponieważ zagłębienie znajduje się w tylnéj ścianie cewki, przezwyciężymy opór stawiany przy wprowadzaniu instrumentów prostych, zwracając koniec cewkowy ku przedniéj ścianie, co uskuteczniamy przez pochylanie narzędzia. Część gąbczastą i opuszkową okala tak zwane ciało gąbczaste cewki, które będąc podatném pozwala znaczniéj rozszerzyć tę część cewki, niż część błoniastą cewki, która jest za opuszkową ułożona. Błoniastą część otacza tylko cienka warstwa mięśni okrężnych i tkanka łączna i one utrudniają rozszerzenie téj części, któréj dalszym ciągiem jest część przyprątna, nazwana tak od gruczołu, przez który przechodzi. W téj części znajduje się wzgórek nasienny wraz z otworami przewodów nasiennych, które są po obu bokach wzgórka ułożone. Błona śluzowa cewki jest podłużnie pofałdowaną i składa się z obfitego ścięgnistego utkania, jakotéż z utkania podśluzowego, w którém Henle wykrył podłużne przestwory, bardzo obficie naczyniami krwionośnemi zasilane. Liczne rozgałęzienia naczyń krwionośnych w tkaninie podśluzowéj sprawiają, że ona tém jest dla saméj błony śluzowéj cewki, czém część gąbczasta dla całéj cewki. Na utkanie to i jego budowę kładę nacisk, bo one wytłumaczą nam wiele zjawisk chorobowych. Prócz tego w skład cewki wchodzą mięśnie, których warstwa podłużna zazwyczaj słabsza jest przykryta warstwą mięśni okrężnych. Pokład mięśniowy jest w rozmaitych częściach cewki rozmaitéj grubości i raz przeważa warstwa podłużnych, jak w części przyprątnéj i gąbczastéj, drugi raz warstwa okrężnych, jak w części błoniastéj, którą również zasilają włókna mięśni dowolnych. Błona śluzowa jest pokrytą warstwowym przybłonkiem cylindrycznym, który przy ujściu zewnętrzném cewki zamienia się w płaski, a część błony śluzowéj płaskim przybłonkiem pokryta zawiera brodawki, które pod mikroskopem stwierdzamy. W utkaniu błony śluzowéj znajdują się także zagłębienia podłużne, zwane *lacunae Morganii*, których najwięcéj spotykamy w przedniéj, względnie górnéj, ścianie części gąbczastéj.

Po tym pobieżnym opisie przejdźmy do badania cewki za pomocą endoskopu, a przedewszystkiém odpowiedzmy na pytanie, czy za pomocą endoskopu w ogóle coś widzieć możemy i czy zarzut jest słusznym, że tylko dołek czółenkowaty jest przystępny dla badania. Oba zarzuty łatwo odeprze każdy, kto po dokładném oświetleniu wnętrza zechce chociażby raz uważnie spojrzeć. Dla udowodnienia tego użyję krótkiego endoskopu, kładę go na książce z drobniuchnym drukiem, zasłaniam cewkowy koniec narzędzia, aby litery były wyłącznie oświetlone światłem odbitém i do wnętrza puszczoném. Każdy przekonać się może, że to oświetlenie wystarcza do czytania drobnego druku. To samo powtarzając z długim endoskopem prostym, przekonywamy się, że i długi endoskop do tego samego użytku służyć może. Niewątpliwie wyraźniéj przedstawia się druk przy użyciu mniejszego endoskopu, bo wyrazistość obrazów zależy od odległości ich od siatkówki, a ta będąc większą przy użyciu długiego endoskopu, musi dostarczać mniéj wyraźnych obrazów, ale dla naszego użytku w każdym razie wystarczających. A jeśli druk widzimy, musimy widzieć i błonę śluzową, bo obrazy, których szukamy zawisły od tych samych praw fizycznych a tylko jakość przedmiotu oglądanego jest różną. Niektórzy przeciwnicy uretroskopii nie przeczą, że widzieć można, ale to co widzimy nie zadowala ich żądań. Każdy początkujący w uretroskopii podziela to zdanie i inaczéj być nie może. Początkujący jest owém dziecięciem, które obdarzone przyrządem do widzenia długo uczyć się musi, zanim widzieć i spostrzegać się nauczy, a siatkówka początkującego

nie przywykła do podobnych obrazów powoli się wćwicza i wreszcie ćwiczeniem usuwa trudności, a obeznany z badaniem endoskopijném dokładnie rozeznaje subtelne odcienia obrazów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.
Choroby narządu oddechowego.
IV. Suchoty i gruźlica.

Opracował Dr. St. Ponikło,
Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Ze względu na objawy fizyczne zajmujący jest następujący przypadek odmy lewéj strony klatki piersiowéj, gdzie objawy wypukowe wielkiéj jamy suchotniczéj zlewały się z objawami odmy, naśladując obecność całkowitéj odmy, gdy takowa była tylko częściową.

M. B., lat 43, wyrobnica, przybyła do kliniki lekarskiéj w dniu 5/11 1877 żaląc się na silne kłucie w lewym boku, które przed 6ciu dniami nagle wystąpiło i na duszność. Badanie fizyczne klatki piersiowéj wykazało: lewa połowa klatki piersiowéj rozdęta, prawie zupełnie nieporuszalna; przestwory międzyżebrowe wyrównane; mięśnie międzyżebrowe znaczniéj napięte po stronie lewéj niż po prawéj. Dołek nadobojczykowy strony prawéj głębszy; prawy obojczyk niżéj ustawiony od lewego. Dołki podobojczykowe obu stron równe, miernie głębokie. Łuk żebrowy strony lewéj więcéj odstający niż prawéj. Drżenie klatki piersiowéj słabsze po stronie lewéj niż po prawéj. Tor oddychania przeponowo-obojczykowy, liczba oddechów 30—44. Wypuk wykazuje w szczycie prawym z przodu jakotéż na obojczyku prawym odgłos wypukowy stłumiony, poniżéj obojczyka jawny, pełny, sięgający w linii przymostkowéj do dolnego brzegu żebra 6go, w linii sutkowéj do dolnego brzegu żebra 7go, w linii pachowéj do górnego brzegu 9go żebra. Po stronie lewéj z przodu wszędzie wypuk jawny bębenkowy, sięgający w linii przymostkowéj do chrząstki 5go żebra, w linii sutkowéj i pachowéj do łuku żebrowego. Nadto w 3im przestworze międzyżebrowym i na 4ém żebrze w linii sutkowéj odgłos wypukowy metaliczny. Z tyłu szczyt prawy niżéj ustawiony; w szczytach obu odgłos wypukowy jawny; poniżéj po stronie prawéj wszędzie jawny, po stronie lewéj również z wyjątkiem okolicy kąta łopatki, gdzie odgłos wypukowy jawny bębenkowy. Wstrząsanie klatki piersiowéj wykazuje wyraźne pluskanie z podźwiękiem metalicznym.

Przysłuch wykazuje na całéj przestrzeni po stronie lewéj tak z przodu jak z tyłu wdech i wydech z podźwiękiem dzbanowym, który ku dołowi staje się coraz wyraźniejszym; nadto w dolnéj części dają się słyszeć rzężenia, mogące być porównane z dźwiękiem spadającéj kropli. Po stronie prawéj w szczycie z przodu i z tyłu wdech i wydech oskrzelowy obok rzężeń wilgotnych, różnobańkowych, dźwięcznych, poniżéj wdech słaby pęcherzykowy, wydech przedłużony i zaostrzony obok nielicznych rzężeń różnobańkowych, wilgotnych, dźwięcznych, poniżéj wdech słaby pęcherzykowy, wydech przedłużony i zaostrzony obok nielicznych rzężeń drobnobańkowych, wilgotnych. niedźwięcznych. Kaszel chrypliwy nie okazuje żadnych cech szczególniejszych. Plwociny śluzowo-ropne, lepkie, ciągnące się, czasem rdzawo zabarwione, badanie drobnowidowe wykazuje obecność włókien sprężystych. Objawy przemieszczenia serca ku stronie prawéj.

Uwzględniając prawie zniesioną poruszalność lewéj strony klatki piersiowéj, wygładzenie przestworów międzyżebrowych, odgłos wypukowy bębenkowy prawie całéj lewéj strony klatki piesiowéj, pluskanie metaliczne przy wstrząsaniu, wdech i wydech z podźwiękiem dzbanowym, rzężenia metaliczne, rozpoznano odmę lewéj strony klatki piersiowéj po przebiciu jamy suchotniczéj.

Badanie anatomiczne wykazało obecność jamy wielkości dużéj pięści w szczycie i górnéj części płuca lewego, o ścianach zgrubiałych, wyścielonéj od wewnątrz błoną gładką cienką. Opłucna w granicach jamy na całéj rozległości silnemi błonami łącznotkankowemi przyrośnięta do opłucnéj żebrowéj. Zresztą jama opłucnowa wolna wypełniona powietrzem przy nakłuciu z sykiem wydobywającém się, w dolnéj części mierna ilość płynu surowiczego mętnego z licznemi strzępkami masy włóknikowéj.

Po lewéj stronie klatki piersiowéj przylegały zatém do ściany dwie jamy wypełnione powietrzem, cienką tylko przegrodą od siebie oddzielone: górna mniejsza w miąższu płuc umiejscowiona, dolna znacznie większa, polegająca na wydęciu przestrzeni międzyopłucnowéj powietrzem. Objawy fizyczne tych jam zlewały się za życia z sobą, tak iż nie mogły być obie we właściwych granicach od siebie odróżnione.

Co do objawów ze strony narządu krążenia znachodzimy zapisane w naszych historyjach chorób dwa przypadki wykazanego rozszerzenia i przerostu komórki prawéj. Stłumienie sercowe sięgało na poprzek do prawego brzegu mostka — ton drugi nad tętnicą płucną był zaostrzony. Obydwa przypadki dotyczyły osób młodych cierpiących na suchoty płucne przewlekle przebiegające.

Rozedmę lub wszelkie inne cierpienie narządu oddychania i krążenia, mogące stanowić zaporę krążenia małego, można było w przypadkach w mowie będących stanowczo wykluczyć, tak iż przerost komórki prawéj musiał być odniesiony jedynie do zapory krążenia wywołanéj zmianami suchotniczemi płuc. W ogóle przypadki podobne należą do rzadkich, gdyż w okresie rozleglejszych zmian w miąższu płucnym, które mogą ścieśniać znaczniéj koryto krążenia w płucach, stan ogólny odżywienia bywa znacznie upośledzony i ilość krwi pozostającéj w obiegu tak zmniejszona, iż znachodzi dostateczne koryto w ścieśnioném krążeniu małém. Częściéj polega rozszerzenie stłumienia sercowego na poprzek w przebiegu suchót płucnych na czystém rozszerzeniu prawéj komórki serca, powstałém skutkiem osłabienia mięśnia sercowego lub poczynającego przeistoczenia tłuszczowego, zwłaszcza téż w przypadkach przebiegających z wysoką gorączką, podobnie jak w innych chorobach gorączkowych, mianowicie zakaźnych. Objaw ten stwierdzono również w kilkunastu przypadkach naszych.

Odnośnie do badań Benekego nad rozmiarami serca i wielkich tętnic uwzględniono tę okoliczność przy oględzinach pośmiertnych kilku chorych zmarłych w klinice lekarskiéj. W 3ch przypadkach okazało się serce stosunkowo bardzo małe, przytém uderzała wąskość tętnicy płucnéj, poniekąd i wąskość tętnicy głównéj; we wszystkich tych przypadkach wymiary tętnicy płucnéj tuż ponad zastawkami półksiężycowemi były znacznie mniejsze od wymiarów tętnicy głównéj w témże miejscu. Podajemy tu wyniki pomiarów serca i tętnic wielkich najwybitniéj zmniejszonych, uskutecznionych na zwłokach kobiety lat 20 liczącéj, u któréj dziedziczność w dwóch generacyjach została wykazaną:

		Wedle Krausego w ogóle	Wedle Benekego[1] dla kobiet
Szerokość tętnicy głównéj ponad zastawkami wynosiła:	5·3 ct.	8·7	6·1
Szerokość tętnicy w łuku:	4·1 „	6·4	
aorty zstępującéj w połowie klatki piersiowéj:	3·7 „	6·2	4·1[2])
Szerokość tętnicy płucnéj ponad zastawkami	4·5 „	?	6·1

[1]) Dokładniejsze porównanie z przeciętnemi liczbami Benekego (*Die anatomischen Grundlagen der Constitutionsanomalien*) jest nie możebne z powodu, że wysokości ciała w przypadku tym nie uwzględniono. Przytoczono więc tu tylko liczby, jake podaje Beneke jako wymiary średnie osobników w okresie skończonego rozwoju ciała.

[2]) Wymiar ten odnosi się u Benekego nie do połowy, lecz do $^1/_3$ części długości aorty piersiowéj.

Grubość komórki lewéj		przeciętnie wedle Bizota
najmniejsza	0·8 ctm.	u mężczyzn grubość k. lewéj najw. 1·0 najmn. 0·8
„ „ największa	1·0 „	u kobiet najw. 1·0 najmn. 0·7
„ „ praw. najm.	0·4 „	k. prawéj u mężczyzn najw. 0·4 — najmn. 0·2
„ „ największa	0·5 „	u kobiet najw. 0·3 — najmn. 0·2.

Ciężar serca (tętnice odcięte z pozostawieniem tylko zastawek półksiężycowych) wynosił 141·5 gram.

Prawidłowa średnio u mężczyzn 300·00 } wedle Clendenninga.
„ „ „ kobiet 270·00 }

W dwu innych przypadkach, gdzie tylko względna szerokość tętnicy płucnéj i tętnicy głównéj była uwzględniona, znajdujemy wymiary następujące:

U mężczyzny lat 23 liczącego (przebieg przyostry)
szerokość tętnicy płucnéj 6·7 ctm.
„ „ głównéj 7·0 „

U kobiety lat 64 liczącéj
szerokość tętnicy płucnéj 6·6 ctm.
„ „ głównéj 7·3 „
Waga serca 124·00.

W obu zatém okazała się tętnica płucna wyraźnie węższą niż aorta.

Co do przypadów ze strony narządu trawienia, to były one w kilku przypadkach pierwszemi przypadami, które zwróciły na się uwagę chorych i skłoniły ich do szukania pomocy lekarskiéj. Lżejsze przypady żołądkowe, jak bolesność w dołku podsercowym, nudności, upośledzenie łaknienia połączone z ogólném osłabieniem są zaciągnięte w wywiadach kilku historyj chorób jako poprzedzające przez dłuższy przeciąg czasu przypady ze strony narządu oddechowego. Również przypady jelitowe dające się odnieść do przewlekłego nieżytu jelit pojawiały się w niektórych przypadkach w bardzo wczesnym okresie cierpienia.

Upośledzenie narządu trawienia żadną miarą nie szło w parze ze stopniem zmian chorobowych narządu oddychania; w niektórych przypadkach obok nieznacznych zmian miejscowych znachodziły się wybitne objawy żołądkowe i jelitowe, które więcéj sprawiały choremu dolegliwości, niż kaszel lub duszność, gdy w innych mimo szybko postępującego rozpadu w płucach, mimo towarzyszącéj gorączki bardzo tylko nieznaczne było upośledzenie czynności narządu trawienia.

I tak np. u mężczyzny lat 28 liczącego, cierpiącego na suchoty przyostro przebiegające z objawami szybkiego rozpadu, dość długo łaknienie było wcale dobre i przyswajanie pokarmów należyte, tak iż chory (wśród racyjonalnego żywienia) przez niejaki czas przybierał na ciężarze, mimo że z każdym dniem można było stwierdzić rozszerzanie się miejscowéj zmiany chorobowéj w płucach.

Biegunka nie towarzyszyła stale przypadkom powikłanym z owrzodzeniami „gruźliczemi“ jelit, lecz niekiedy trwała stale w przypadkach, w których sekcyja wykazała tylko nieznaczne zmiany w układzie gruczołowym błony śluzowéj jelit, gdy jéj brakło zupełnie w dwu przypadkach powikłanych ze znacznemi owrzodzeniami jelita. I tak w przypadku dotyczącym mężczyzny lat 29 liczącego, okazującego rozległe nacieki w obu płucach, zaparcie stolca trwało po kilka dni, tak iż musiano się kilkakrotnie uciekać do środków rozwalniających, gdy sekcyja wykazała bardzo liczne i rozległe owrzodzenia w jelicie biodrowém i części wstępującéj jelita grubego, z wytworzeniem gruzełków prosowatych w dnie wrzodów, zserowacenie i prosowatą gruźlicę gruczołów kreskowych, nadto błonicowo-dławcowe zapalenie błony śluzowéj zakrzywienia esowatego i odbytnicy. W ogóle jednak w przypadkach znaczniejszych owrzodzeń jelitowych pośmiertnie wykazanych była biegunka jednym z dość cechujących objawów chorobowych i z 5u przypadków suchot przyostro przebiegających, powyżéj wzmiankowanych, w 4ch uważano biegunkę, gdy w jednym oddawanie stolca było zupełnie prawidłowe; w tymże przypadku sekcyja rzeczywiście żadnych zmian w jelitach nie wykazała, gdy w 4ch innych znaleziono mniéj lub więcéj rozległe owrzodzenia jelit.

Co do przypadów ze strony narządu moczowego, zwłaszcza zachowania się moczu w przypadkach suchót płucnych nie powikłanych z „gruźlicą“ narządu moczopłciowego, nie możemy podać dat ścisłych, gdyż tylko w niektórych przypadkach był mocz dokładnie badany na wszystkie składniki, a ilościowe rozbiory w ogóle nie były przedsiębrane. W przeważnéj liczbie przypadków okazywał mocz pomnożenie względne moczanów, które uwydatniało się w niektórych przypadkach już znaczniéj podwyższonym ciężarem gatunkowym (do 1·031 rzadko), już téż silném oddziaływaniem kwaśném, najczęściéj tylko znaczném zmąceniem skupiającém się rychło w osad żółtawy, żółtawo-czerwony, ceglasty lub brunatnawy. Osad ten badany pod drobnowidem wykazywał obecność kryształków kwasu moczowego w różnych właściwych formach, tudzież moczanu sodowego bezpostaciowego (bardzo często), wreszcie w rzadkich przypadkach kryształków moczanu amonowego w cechujących tenże kształtach. Wprawdzie nie możemy w każdym z tych przypadków bez rozbioru ilościowego na pewne wnioskować o powiększeniu (względném) kwasu moczowego, gdyż rychłe strącenie moczanów może nastąpić jużto skutkiem samego zgęszczenia moczu, jużto skutkiem silnego oddziaływania kwaśnego tegoż, jednak w przybliżeniu musimy w każdym razie odnieść obecność znaczniejszego osadu moczanów i kwasu moczowego do pomnożenia ilościowego tychże (względnego). Dodajemy tutaj, iż to powiększenie moczanów stwierdzono nie tylko w czasie, kiedy odnośni chorzy silnie gorączkowali, lecz u przeważnéj liczby chorych prawidłową lub nieznacznie tylko podniesioną ciepłotę okazujących. Czy mamy się zadowolić ogólnikowém tłumaczeniem tego objawu upośledzoną lub nieprawidłową przemianą materyi w suchotach płucnych, czy mamy go uznać za wynik upośledzonéj dzielności oddechowéj ciałek krwi czerwonych (*Fraenkel*[1]) wywołanéj wyniszczającém cierpieniem, lub téż niedostateczném ukwaszeniem krwi skutkiem zwężenia koryta krążenia małego i stąd powstającą dusznością — rozstrzygnięcie téj kwestyi należy do badań późniejszych.

Białko znachodziło się w śladach lub „małéj ilości“ zazwyczaj w przypadkach przebiegających z nieco znaczniejszą gorączką, jako następstwo tejże; także w kilku przypadkach przewlekłych bez powikłań z chorobą nerkową lub inną również można było od czasu do czasu wykryć ślad białka w okresie bezgorączkowym.

Nie napotykamy nigdy, nawet w przypadkach nader ostro przebiegających wśród wysokiéj 40° C, przekraczającéj gorączki, wśród udowodnionego szybkiego postępu miejscowego cierpienia, znacznego zmniejszenia chlorków; były one albo zupełnie prawidłowe, albo tylko, o ile ze zwykłéj próby jakościowéj wnioskować wolno, nieco zmniejszone. Zupełnego zniesienia reakcyi na chlorki nie uważano w żadnym przypadku.

[1]) *Der Einfluss des behinderten Lungengaswechsels beim Menschen auf den Sticktoffgehalt des Harns.* Virchows Archiv Bd 70. S. 56.

Wreszcie okazywał mocz kilku chorych z cierpieniem płuc przewlekłém czasowo cechy tak zwanego moczu „niedokrewniczego“ o zabarwieniu bladém, niskim ciężarze gatunkowym obok zmniejszenia ilości wszystkich składników stałych.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Przyczynek do kazuistyki sądowo-lekarskiéj.

Podał Dr. Zegota Sopiński
w Djakowie w Slawonii.

Dnia 30 czerwca r. b. udałem się z komisyją sądową do wsi Gorjan w Slawonii, gdzie przybywszy znalazłem chłopca liczącego lat 16, leżącego na posłaniu, źle odżywionego o mięśniach wiotkich, słabo rozwiniętych, ciepłota ciała nieco podwyższona, tętno 98; brzuch wzdęty, przy dotyku bolesny, wypuk jawny, bębenkowy. Na lewéj stronie brzucha 7 cm. ponad krawędzią górną kości bezimiennéj a 8 cm. na zewnątrz od pępka znajduje się rana 3 cm. długa w środku rozwarta na 2 cm., ku końcom zwężająca się, o brzegach równych, ostrych. Z rany wypada mały skrawek otrzewny 5 cm. długi. Chory jest przytomnym, skarży się na ból w okolicy rany, ma pragnienie, po doznaném obrażeniu 3 razy womitował.

Orzeczenie. Z oględzin wynika: 1) Że obrażenie jest ciężkiém uszkodzeniem ciała, połączoném z niebezpieczeństwem dla życia. 2) Że zadane zostało narzędziem ostrém. 3) Że co do czasu gojenia się rany i ostatecznego wyniku dziś nic więcéj orzec nie można, jak tylko: że przy najpomyślniejszym biegu poczynającego się zapalenia otrzewny proces gojenia się rany trwać będzie dłużéj niż 20 dni.

Po zakończeniu czynności urzędowéj oczyściłem ranę, skrawek otrzewny, ponieważ nie przedstawiał jeszcze żadnych zmian anatomicznych, wprowadziłem w jamę brzuszną, następnie ranę spoiłem trzema szwami i zaopatrzyłem należycie. Zaordynowałem ścisłą dyjetę i podałem wewnętrznie makowiec.

Odtąd nie widziałem chorego, aż dopiero z polecenia kr. prokuratoryi udałem się d. 14 lipca powtórnie z komisyją sądową na miejsce. Wtedy pokazało się: 1. że chory znacznie na siłach podupadł, nudności i wymioty cierpiał ustawicznie, tętno 120, ciepłota 39·8. Przytomność nie zamącona, chory odpowiada dobrze na pytania. 2. Brzuch wzdęty, wypuk w górnéj połowie bębenkowy, na około rany jakotéż i w dole po stronie rany stłumiony. 3. W miejscu rany powstał otwór okrągły 5 cm. średnicy mający; brzegi tego otworu nie równe, pokryte ziarniną mocno ropiejącą. Z otworu sterczą cząstki obumarłéj tkanki i wydobywa się kał w kawałkach, barwy żółtéj, cuchnący. Zgłębnik wchodzi w jelito w całéj swéj długości, a za pomocą tegoż przekonywamy się, że jelito jest przyrośnięte do ściany brzusznéj. Orzekłem co następuje: Z oględzin wynika: 1) Że oprócz ściany brzusznéj została przebitą otrzewna i jelito, a wnioskując z okolicy rany tako téż i wyglądania kału wnosić należy, że uszkodzoną została część zstępująca jelita grubego. 2) Że chory obecnie znajduje się w niebezpieczeństwie życia. 3) Że co do ostatecznego rezultatu i dziś nie można orzec nic pewnego.

Z opowiadania otaczających dowiedziałem się, że we 3 dni po założeniu szwów takowe zwolniły się, że chory wcale nie chodzi na stolec, a to od czasu zranienia. Poleciłem częste obmywanie rany 1% roztworem kwasu karbolowego a wewnętrznie makowiec.

Nie małém było moje zdziwienie, gdy przybywszy d. 9 Sierpnia po raz trzeci z komisyją sądową do chorego, znalazłem go o wiele lepiéj wyglądającego, ciepłotę ciała i tętno normalne, łaknienie i sen prawidłowe. W miejscu rany na brzuchu znalazłem bliznę wielkości 4 centówki, w któréj wyśledziłem dwa otwory; jeden z tychże prowadzi w górę, drugi ku dołowi. W otwory te zaledwie można zwykły zgłębnik wprowadzić, z nich wydobywa się ropa a szczególniéj z otworu niższego. W dolnéj okolicy brzucha 8 cm. po nad spojeniem kości łonowych znajduje się miejsce obrzękłe, zaczerwienione, wielkości orzecha włoskiego, przy ucisku bolesne, twarde. Na około miejsca tego wypuk stłumiony.

Orzeczenie: 1) Ogólny stan obrażonego o tyle się polepszył, że dziś należy się spodziewać, że tenże przy życiu pozostanie. 2) Ponieważ otwór, mający w średnicy 5 cm. o tyle się zabliźnił, że dziś zaledwie zgłębnik w małe dwa otworki wprowadzić można, należy się spodziewać, że tenże się zupełnie zabliźni. 3) Przypad wyżéj opisany nasuwa obawę, że ropa szuka sobie nowéj drogi na zewnątrz, że może powstać nowa przetoka, dlatego téż jeszcze i dziś nie jesteśmy w stanie wydać ostatecznego orzeczenia.

Dnia 1 września udała się komisyja po raz czwarty na miejsce. Obrażonego zrazu nie zastaliśmy w domu. Po zbadaniu go podyktowałem co następuje: 1) Porównywając stan jego obecny ze stanem, w jakim zastaliśmy go przy pierwszych odwiedzinach, widzimy, że znacznie stracił na siłach. 2) Blizna w miejscu rany zupełnie się zagoiła, nie można znaleźć w niéj żadnego otworu, powierzchnia jej sucha, wzgórkowata. Skóra po stronie lewéj brzucha mocno naprężona, na 5 cm. w promieniu przyrośnięta do mięśni brzusznych. 3) Badany skarży się na znaczny ból w miejscu blizny przy każdym forsowniejszym ruchu. Przy chodzie pochyla się znacznie na stronę lewą, a na zapytanie dlaczego to czyni, odpowiada, że mu łatwiéj tak chodzić. Apetyt i sen nieupośledzony, również i przy oddawaniu stolca nie czuje żadnych dolegliwości.

Na podstawie tych oględzin wydaliśmy następujące: orzeczenie ostateczne: 1) Zgodnie z orzeczeniem z d. 30/6 i 14/7 r. b. oświadczamy, że obrażenie było ciężkie, z niebezpieczeństwem życia połączone. 2) Że badany dopiero po 61 dniach odzyskał względne zdrowie. 3) Że w skutek przyrośnięcia jelita grubego do ściany brzusznéj pozostał stan patologiczny, który na przyszłość może stać się przyczyną wielu chorób i niemiłych przypadłości. Zważywszy, że w skutek tego stanu badany przy każdym forsowniejszym ruchu doznaje i doznawać będzie bólów, a jako wieśniak w codziennem swém zajęciu od tychże uchronić się nie może, orzekamy że pozostała niemożność oddawania się zwykłym zajęciom.

Lubo w ścisłém tego słowa znaczeniu i ten stan jest kalectwem, jednakże ponieważ nie podpada pod oczy, i aby uniknąć może zarzutów ze strony sędziów przysięgłych przy rozprawie ostatecznéj, wolałem podciągnąć przypadek ten pod lit. *c*) § 156, niż pod lit. *b*), co dla sędziego i dla oskarżonego obojętną jest rzeczą.

Co do owego podejrzanego miejsca, opisanego w protokóle z dnia 9 sierpnia, po którém obawiałem się, że otworzy się nowa przetoka, to ono powróciło do stanu prawidłowego, znikło też i stłumienie odgłosu wypukowego w około niego. Tak więc chory ten odzyskał zdrowie częściowe, bez

żadnéj prawie pomocy lekarskiéj, bo bezskuteczne spojenie rany i dwurazowe podanie makowcą nie można nazwać pomocą skuteczną.

IV. Oceny i sprawozdania.

F. Riegel: **Rozpoznanie zrostu blaszek osierdziowych.**

Mimo nader licznych prac odnoszących się do symptomatologii zrostu blaszek osierdziowych, rozpoznanie choroby téj napotyka dotąd w wielkiéj ilości przypadków na znaczne trudności. Krytyczny więc rozbiór wszelkich objawów cierpieniu temu towarzyszących, zwłaszcza ze strony tak wytrawnego jak Riegel klinicysty, był bardzo pożądanym.

Wszelkie przypadki choroby w mowie będącéj podzielić można ze stanowiska klinicznego na trzy działy: Do pierwszego należą te, w których zrost osierdzia żadnych za życia nie wywołuje objawów klinicznych. Zupełny brak przypadów, niezbyt rzadki a czyniący rozpoznanie choroby niemożebném, może w tych tylko razach mieć miejsce, jeżeli mięsień sercowy jest prawidłowy a zrost blaszek osierdziowych nie tamuje ani kurczliwości ani ruchomości serca. Wszelkie bowiem zakłócenie kurczliwości mięśnia sercowego, jak niemniéj wszelki nieprawidłowy kierunek ruchów serca muszą prędzéj czy późniéj pociągnąć za sobą następstwa dostępne dla badania fizycznego. Gdzie więc niema ani pod jednym ani pod drugim względem żadnych objawów klinicznych, tam téż czynności te widocznie nie są znacznie zakłócone.

Do drugiego działu zaliczyć można te przypadki, w których zrosty osierdzia jedynie czynnościowe pociągają za sobą skutki, jak bicie serca, duszność, ciężkość na piersiach, sinica, rozszerzenie żył szyjnych, ich falowanie a nawet tętnienie, tętno drobne, miękkie, przyspieszone, obrzmienie wątroby, skąpa ilość moczu, niekiedy białkomocz itp. Przy tém rozmiary stłumienia sercowego mogą być powiększone lub prawidłowe, tony czyste choć głuche; nareszcie śród objawów ogólnéj puchliny następuje śmierć. W żadnym z tych objawów nie ma nic charakterystycznego, gdyż aczkolwiek takowe po części są następstwem zrostu osierdziowego, to jednak zależą one właściwie od następowych lub równoczesnych zmian w samém sercu; zresztą mogą towarzyszyć również wielu innym chorobom serca. Przypadki do działu tego należące można za życia rozpoznawać z pewném prawdopodobieństwem tylko drogą wykluczenia, posiłkując się wywiadami.

Trzeci nareszcie dział obejmuje przypadki, w których zrost blaszek osierdziowych wywołuje objawy fizyczne. Wartość ich rozpoznawczą rozbiera Riegel po szczególe:

1. Osłabienie (lub brak zupełny) uderzenia koniuszkowego nie ma samo przez się dla choroby w mowie będącéj nic patognomonicznego, gdyż pochodzić może z wielu innych przyczyn (osłabienie czynności serca, znaczne rozdęcie dolnego płatu płuca lewego, zwłaszcza wyrostka języczkowego, a według Traubego również wysokiego stopnia cieśń ujścia żylnego lewego lub tętnicy głównéj), nabiera jednak poniekąd znaczenia rozpoznawczego, jeśli występuje w warunkach, które właściwie wzmocnienie uderzenia koniuszkowego wywołać były powinny, tudzież gdy wykazać można, że osłabienie to, dawniéj nie istniejące, rozwinęło się po przebytém zapaleniu osierdzia a wszelkie inne przyczyny tego objawu wykluczyć można.

2. Skurczowe zapadanie się okolicy koniuszka sercowego, objaw uważany od dawna za najważniejszy. Dawniéj sądzono powszechnie, że do wywołania tego zjawiska niezbędny jest zrost osierdzia z narzędziami sąsiedniemi (zrosty pozaosierdziowe), późniejsze jednak postrzeżenia (Traube, Friedreich) wykazały dowodnie, że istnieć ono może tak bez zrostów pozaosierdziowych jako wewnątrzosierdziowych, gdyż i inne jeszcze przyczyny wywołać go mogą. Tém samém wartość dyjagnostyczna objawu tego uległa znacznemu ograniczeniu, gdyż zrost blaszek osierdziowych może lecz nie musi wywoływać skurczowego zapadania. Aby zmienność zjawiska tego należycie zrozumieć, pamiętać należy, że w prawidłowych warunkach serce podczas skurczu zesuwa się podstawą swą silnie ku dołowi a koniuszek porusza się ku przodowi. Czy więc zapadanie skurczowe towarzyszyć będzie zrostowi osierdzia lub téż nie, zależeć to będzie od miejsca i od rozległości zrostu. Jeżeli np. serce zrosło się w całéj swéj rozciągłości z wewnętrzną powierzchnią worka osierdziowego a zrost ten jest zupełnie jednostajny i niezbyt zbity, natenczas skurcz serca będzie wprawdzie mniéj lub więcéj upośledzony, ale ponieważ w takim razie zawada ta dotyczy w równéj mierze tak podstawy serca jak i jego szczytu, skurczowe skracanie się serca odbywać się będzie tak jak w stanie prawidłowym; praca serca jest większą, ale kierunek ruchu się nie zmienił. W takichto przypadkach mimo rozległych zrostów nie dostaje wszelkich objawów fizycznych za życia, mianowicie skurczowego zapadania. Inaczéj rzecz się ma, jeżeli np. zrosty rozciągają się aż na początki wielkich naczyń, o ile takowe przebiegają jeszcze wewnątrz worka osierdziowego. W takich razach naczynia te nie mogą podczas skurczu prostować się; o ile zatém skutkiem tego podstawa serca nie może opadać jak w stanie prawidłowym, o tyle szczyt serca musi się podnosić a tém samém sprawiać zapadanie się odpowiednich przestworów międzyżebrowych. To samo dzieje się, jeżeli zrosty ograniczone są tylko do podstawy komórek a szczyt serca jest wolny, tém bardziéj jeżeli równocześnie istnieje zrost koniuszka sercowego z przednią ścianą klatki piersiowéj. Zrost zaś ograniczony tylko do samego koniuszka sercowego nie pociąga za sobą skurczowego zapadania, gdyż skoro w takich razach podstawa serca może swobodnie opadać podczas skurczu, koniuszek zachowuje się tak jak w stanie prawidłowym, tj. bardzo mało tylko wznosi się do góry. Z tych paru przykładów wynika, jak liczne a zmienne są w tym kierunku objawy zrostu osierdziowego, tém zmienniejsze, że prócz powyższych warunków, dotyczących rozciągłości i usadowienia zrostów, niezbędną także jest pewna siła mięśnia sercowego, by zapadanie skurczowe powstawać mogło. Wybitne i silne zapadanie skurczowe dowodzi, że serce w nieprawidłowy wprawdzie kurczy się sposób, ale że skurcze jego są silne; z tego zapatrując się stanowiska powiedzieć można, że wybitne zapadanie skurczowe pomyślniejsze ma stosunkowo znaczenie prognostyczne dla choroby w mowie będącéj aniżeli osłabienie lub brak uderzenia koniuszkowego. Zrosty pozaosierdziowe istniejące równocześnie z wewnątrzosierdziowemi mogą w pewnych warunkach sprzyjać powstawaniu zapadania skurczowego tj. o ile przyczyniają się do nadania ruchom serca nieprawidłowego kierunku; dla tego może worek osierdziowy, zrośnięty jednostajnie tak ze sercem jako i z przednią ścianą klatki piersiowéj, osłabiając skurcz serca osłabić lub znieść zupełnie uderzenie koniuszkowe, ale nie wywoła, równie jak same tylko zrosty pozaosier-

dziowe tylko do okolicy koniuszka sercowego ograniczone, zapadania skurczowego. Natomiast jeżeli zrosty pozaosierdziowe nie są jednostajne, mianowicie ku podstawie serca zbitsze niżli u szczytu, lub tylko do podstawy serca ograniczone, poruszalność podstawy serca podczas skurczu jest niemożebną, koniuszek serca musi być pociąganym ku górze (ku podstawie) a tém samém powstawać musi zapadanie skurczowe okolicy serca i to nawet na większéj przestrzeni. Jak dowodzi jeden z przypadków Traubego, jedno nawet pasmo włókniste pomiędzy podstawą serca a ścianą worka sercowego przebiegające, bez jakichkolwiek zrostów pozaosierdziowych, wystarcza do wywołania zapadania skurczowego klatki piersiowéj. Mniemanie, jakoby powstającą w tych warunkach próżnię w okolicy koniuszka sercowego wypełniać musiały natychmiast przednie brzegi płuc (ruch sercowo-płucny Bambergera) nie jest uzasadnione, raz ponieważ częstokroć równocześnie istnieją zrosty brzegów płuc z przednią ścianą klatki piersiowéj, lub z przodkową powierzchnią worka osierdziowego, a powtóre ponieważ ruchy Bambergera i bez takich zrostów prawdopodobnie tu nic wystarczają. Zrosty osierdzia ze stosem pacierzowym (Friedreich) również o tyle tylko mogą osłabić wypuklanie lub wywołać zapadanie skurczowe, o ile zdołają przeszkodzić poruszaniu się koniuszka sercowego ku przodowi a podstawy ku dołowi. Zrosty osierdzia rozciągające się niekiedy na liczne sąsiednie narządy, na opłucnę, stos pacierzowy, śródpiersie przodkowe itp. mogą sprawiając nieprawidłowe okręcenie serca wywoływać bardzo rozległe zapadanie skurczowe; zapadać się zaś będzie okolica klatki piersiowéj, przylegająca do téj części serca, któréj średnica podczas skurczu najbardziéj się skraca. Najczęściéj jednak w tych razach uderzenie koniuszkowe jest tylko osłabione lub zniesione. Czy zapadanie skurczowe może także pochodzić od nieprawidłowych zrostów osierdzia z przeponą (Friedreich), zdaje się być rzeczą wątpliwą. Wypuklanie rozkurczowe jest prostém następstwem skurczowego zapadania się okolicy uderzenia sercowego. Im silniejsze zapadanie, tém też wybitniejsze wypuklenie, które według Friedreicha może nawet skutkiem drgania klatki piersiowéj wywołać tępy ton dający się słyszeć bezpośrednio po prawidłowym tonie rozkurczowym.

3. Niezmienność stłumienia sercowego podczas wdechu i wydechu, uważana przez niektórych autorów jako objaw cechujący chorobę w mowie będącą, dowodzi tylko zniesionéj przesuwalności przednich brzegów płucnych podczas ruchów oddechowych, czy to skutkiem zrośnięcia zewnętrznéj powierzchni worka osierdziowego z opłucną, czy opłucny płucowéj z żebrową, czy nareszcie skutkiem upośledzonéj rozszerzalności brzegów płucnych (rozedma, niedodma itp.). I ten objaw nie ma zatém nic charakterystycznego. Zresztą według Riegla zrosty pozaosierdziowe mogą także sprawiać wydechowe osłabienie uderzenia koniuszkowego, mianowicie jeśli pasmo włókniste przebiegające pomiędzy osierdziem a opłucną, zwalnia się podczas wdechu a podczas wydechu napina.

4. Brak przesuwalności uderzenia koniuszkowego przy zmianie położenia polega na zrostach pozaosierdziowych; jeżeli równocześnie istnieją i zrosty wewnątrzosierdziowe, objaw ten może być tém wybitniejszy.

5. Zapadanie żył szyjnych równocześnie z rozkurczowém wypuklaniem okolicy serca a powolne ich znów nabrzmiewanie podczas skurczowego zapadania przestworów międzyżebrowych zauważali Friedreich i Dusch.

6. Szmery skurczowe, które miał słyszeć Betz na małéj przestrzeni między brodawką sutkową a lewym brzegiem mostka, nie mają żadnego znaczenia. Tu należy również metaliczność tonów sercowych, którą Riess uważa za charakterystyczny objaw zrostu osierdziowego. Metaliczność tonów sercowych pochodzić ma według Riessa skutkiem podźwięku w jamie żołądkowéj a podźwiękowi temu sprzyja właśnie zbliżenie serca do przepony i ścian żołądkowych przez zrosty pozaosierdziowe. Objaw ten jednak mogą wywołać nader liczne inne zboczenia, jak odma osierdziowa i piersiowa, sąsiedztwo wielkich jam w płucach, rozstrzeń żołądkowa, bębnica worka otrzewnowego, nerwowe bicie serca, pewne choroby serca i tętnicy głównéj a nareszcie, jak to wykazał Prof. Korczyński (Przegl. Lek. 1879 Nr. 32, 33 i 34), obecność w sąsiedztwie żołądka jam rozpadowych. Choćby zatém metaliczność tonów sercowych w istocie częściéj się zdarzała przy zrostach osierdziowych, to i tak objaw ten może dla choroby téj nader podrzędne tylko mieć znaczenie rozpoznawcze.

7. Zachowanie się tętna ma więcéj znaczenia prognostycznego niż rozpoznawczego, gdyż daje nam tylko miarę siły serca. Osłabienie lub zupełny brak uderzenia koniuszkowego obok tętna pełnego i silnego świadczy, że serce porusza się w nieprawidłowym kierunku, że jednak mięsień sercowy z dostateczną pracuje energiją. Niemiarowość tętna zdarzająca się w późniejszych okresach choroby, nie ma dla rozpoznania żadnéj wartości. *Pulsus paradoxus* oraz wdechowe nabrzmiewanie żył szyjnych, według Kussmaula objawy patognomiczne dla modzelowatych zrostów śródpiersiowo-osierdziowych, mają względne tylko znaczenie rozpoznawcze. I u zdrowego człowieka można przez głęboki bardzo wdech wywołać znaczne osłabienie tętna a nawet brak tętna, jeżeli podczas wdechu tętnica podobojczykowa ulega uciskowi o silnie wygięte pierwsze żebro (Hoppe). *P. paradoxus* wtenczas tylko świadczy o bezpośrednim ucisku tętnicy głównéj przez zapalne wytwory włókniste śródpiersiowo-osierdziowe, jeżeli podczas wdechu uderzenie serca i tony sercowe nie słabną a może nawet stają się silniejszemi, co nie może mieć miejsca, skoro przyczyną téjże nieprawidłowości tętna jest wygórowane parcie ujemne w klatce piersiowéj.

8. Rozmiary stłumienia sercowego mogą się zachowywać najrozmaiciéj, zależnie od rozmiarów serca i od jego położenia. Zrosty osierdziowe niekoniecznie wywołują przerost serca, a jeżeli są wiotkie i nie utrudniają w znacznym stopniu skurczów serca, to i innych zmian w mięśniu sercowym nie sprawiają. W przeciwnym razie zwierzchnie warstwy mięśnia są zwyrodniale i zanikłe. Rozstrzeń serca zależy od podatności ścian sercowych i od zawad w krążeniu.

Oto wszystkie objawy przedmiotowe mające znaczenie pod względem rozpoznawczym.

9. Co się tyczy zjawisk podmiotowych, to istnieją jak się wyżéj rzekło, wcale nie rzadkie przypadki, w których brak takowych zupełnie, mianowicie jeżeli zrosty nie upośledzają ruchomości serca i nie utrudniają jego skurczów. W innych znów przypadkach objawy podmiotowe zjawiają się dość rychło, nie są jednak dla naszéj choroby bynajmniéj cechującemi, gdyż aczkolwiek wywołane zrostem

osierdzia, zależą właściwie od osłabienia czynności serca, zwyrodnienia mięśnia sercowego itd.

Z powyższego rozbioru wynika, że i dziś jeszcze stosunkowo rzadko jesteśmy w stanie rozpoznać stanowczo zrosty blaszek osierdziowych. Udaje się to jeszcze najłatwiéj wówczas, gdy istnieje silne skurczowe zapadanie okolicy koniuszka sercowego, zwłaszcza na większéj przestrzeni. Objaw ten, jakeśmy widzieli, dowodzi wprawdzie tylko, że istnieje pewna zawada dla ruchów serca, zawadę tę jednak najczęściéj stanowią zrosty osierdziowe. Tém pewniejszém staje się rozpoznanie, jeśli równocześnie istnieje rozkurczowe zapadanie żył szyjnych, zwłaszcza jeżeli objawy te rozwinęły się bezpośrednio po przebyciu zapalenia osierdzia. Nawet w braku powyższych objawów może sam tylko brak uderzenia koniuszkowego stanowić bardzo cenną oznakę rozpoznawczą, jeżeli uderzenie to istniejące poprzednio, znikło po zapaleniu osierdzia. Zazwyczaj wszakże niezbędne jest wielokrotne oględne badanie i sumienne ocenienie wszelkich objawów, by do pewnego dojść rozpoznania.

A jednak samo rozpoznanie istniejących zrostów osierdziowych nie jest jeszcze ostatecznym celem naszych zabiegów dyjagnostycznych; prócz stwierdzenia anatomicznych zawad dla ruchów serca, winniśmy się starać ocenić w każdym poszczególnym przypadku wielkość i nasilenie przeszkód, jakie skutkiem zrostów osierdziowych tamują prawidłową czynność serca. Wtenczas dopiero moglibyśmy wyrobić sobie w każdym przypadku pewne zdanie o doniosłości i znaczeniu cierpienia, które jest tém niebezpieczniejsze, im więcéj osłabia czynność serca. Czy uda nam się kiedy dojść pod tym względem do takiéj wszechstronności? (*Volkmanns Samml. klin. Vortr.* N. 177). *Dr. Smoleński.*

Lotar Meyer: **Przyczynki do techniki szczepienia.**

Znany z prac nad szczepieniem M. podaje i omawia różne ostrożności, które zachowywać winni lekarze szczepiący celem uniknięcia możliwości przeszczepienia róży i kiły, oraz przeniesienia chorób zakaźnych. Ostrożności te po większéj części znane zestawia on w ten sposób: 1) W czasie panowania chorób zakaźnych należy ze szczepieniem wyczekiwać, dopóki choroby te nieustaną. 2) Lekarz szczepiący nie powinien szczepić, dopóki ma sposobność stykania się z chorymi na choroby zakaźne, chyba że wprzód wykąpie się i zmieni ubranie. 3) Lekarz szczepiący winien ile możności wpływać na to, aby szczepieni nie byli narażeni na zarażenie, a krosty szczepiankowe na drażnienie. 4) Władze winny się starać, aby w punkta zborne szczepienia nie gromadził znaczniejszéj liczby szczepieńców i aby miejscowości, w których szczepienie ma się odbywać, odpowiadały warunkom zdrowia. 5) W czasie wielkich upałów nie należy szczepić. 6) Krosty, z których bierze się limfę do szczepienia, nie powinny okazywać objawów zapalenia wyższego stopnia. 7) Limfę należy zaraz mięszać z gliceryną i w ile można małych flaszeczkach przechowywać. 8) Do szczepienia i zbierania limfy należy używać odrębnych lancetów, które bezpośrednio przed każdorazowém użyciem należy w wodzie (względnie 1% rozczynie kwasn karbolowego) zamaczać i obsnszyć. 9) Nie należy zbierać limfy z młodszych niż jednorocznych praszczepieńców. Na praszczepieńców nie należy wybierać dzieci nieślubnych lub pierworodnych. 10) Nie należy nigdy zbierać limfy z dorosłych powtórnie szczepionych a nie wypada doradzać zbierania limfy już z dwunastuletnich, tém mniéj że u nich rzadko tylko kiedy są krosty do prawdziwych krost krowiankowych, podobne. 11) Należy czynić ścisły wybór i być wymagającym co do zdrowia praszczepieńców i ile możności nie wiele limfy zbierać z krost u praszczepieńców. 12) Zebranie limfy z praszczepieńców winno poprzedzić dokładne osobne i miejscowe zbadanie ich stanu zdrowia. 13) Należy używać tylko limfy zdrowych praszczepieńców z krost krowiankowych, otwartych według przepisów a to o ile sama dobrowolnie, powoli, kroplami wypłynie. (*Vierteljahrschrift f. ger. Medicin* 1880 I). *K. Gr.*

R. Volkmann: **Gruźlica kości czaszkowych przeszywająca.**

Chorobę tę postrzegano bardzo rzadko, jakkolwiek przypady jéj są dosyć wybitne i pozwalają ją dobrze odróżnić od kiły kości czaszkowych. V. postrzegał 12 przypadków i wymienia następujące charakterystyczne przypady: 1) Ścisłe miejscowe ograniczenie do jednego miejsca na czaszce. 2) Zsérowacenie, zropienie i obumarcie dotyczy zazwyczaj całéj grubości zajętéj kości, tak że prawie zawsze przychodzi do przedziurawienia czaszki. 3) Zewnętrznie tworzy się ropień zazwyczaj tak mało napięty, że wziąść by go można za *Kephalhaematoma.* 4) Po otwarciu ropnia wypływa ropa serowata a ściany wysłane są grzybowatą ziarniną, w któréj pod drobnowidem wykryć można nie rzadko zserowaciałe gruzełki. 5) Pod tą ziarniną znachodzi się miejsce wielkości grochu do grosza (monety), w którém kość jest albo anemiczną i zmartwiałą albo zupełnie zniszczoną; w tym ostatnim przypadku udziela się tętnienie od mózgu płynowi nagromadzonemu w ropniu. Ponieważ proste nacięcie do zagajenia nie wystarczało, przeto zastósował V. w ostatnich swych przypadkach nieco energiczniejsze leczenie, które na tém polegało, że dokładnie ziarninę usunięto, kość wyskrobano a nawet w 4 przypadkach wytrepanowano. Naturalnie że wszystko to działo się przy zastósowaniu środków przeciwgnilnych. Pomimo tego przyszło do stanowczego zagojenia tylko zaledwie w połowie przypadków. Następuje szczegółowy opis ostatnich sześciu przypadków. (*Centralblatt f. Chirurgie.* 1880, Nr. 1. *Orig. Mitthg.*). *A. O.*

Prof. E. Hofman (we Wiedniu): **Do kazuistyki otrucia sinkiem potasu.**

Już w poprzedniéj pracy (*W. med. Woch.* 1876, Nr. 45 i 46) oraz w dziele swojém o medycynie sądowéj H. dowodził, że rozpulchnienie i nasiąkanie krwawe błony śluzowéj żołądka, które zazwyczaj znajdujemy po otruciu sinkiem potasu, jest objawem pośmiertnym, że pochodzi tylko od działania ługu, że więc spodziewać się należy, iż w niewątpliwych otruciach sinkiem potasu nie napotka się tego objawu, jeżeli trucizna zażytą została w środku kwaśnym lub jeżeli takowa zetknęła się w żołądku z treścią kwaśną. Przypadki jednego i drugiego rodzaju H. widywał już w praktyce swojéj sądowolekarskiéj; jak dalece zaś ważną jest ta okoliczność, wynika z przypadku, który w roku przeszłym nabył we Wiedniu wielkiego rozgłosu, w którym krawiec otruł kochankę swoją za pomocą sinku potasu, dodanego do wiśniówki, w któréj badanie chemiczne obecność téj trucizny (12%) wykazało, podczas gdy na podstawie sekcyi zwłok można było zrazu orzec tylko, że kobieta umarła z uduszenia, które mogło być wywołane przez zażycie trucizny, która zabija śród objawów sufokacyi; nie znaleziono bowiem żadnych zmian szczegółowo za otruciem za pomocą sinku

potasu przemawiać mogących. — W treści żołądka chemicy znaleźli jeszcze 1·5 grm. sinku potasu, również wykazano obecność téj trucizny we krwi ze serca wyjętéj, poczém H. orzekł stanowczo, że dziewczyna umarła z otrucia sinkiem potasu, którego nierównie mniejsza ilość (bo według Husemanna już 0·18 gr.) wystarcza do zabicia człowieka; brak zaś zmian w żołądku, jakie najczęściéj po tém otruciu występują, tłumaczył H. okolicznością, że denatka krótko przed wypiciem trucizny jadła była potrawy kwaśne, jak za tém przemawia kwaśne oddziaływanie treści żołądkowéj. Brak woni charakterystycznéj zdarza się często, jak niemniéj nie ma znaczenia wielkiego fakt, że dziewczyna po wypiciu trucizny jeszcze mogła przemówić, a nawet zjadła jeszcze kawałek ciasta, albowiem znane są w literaturze przypadki, (które H. zestawia), w których ludzie po wypiciu znacznéj dawki kwasu pruskiego jeszcze byli zdolni chodzić, mówić itd. Wreszcie twierdzono, że płyn zaprawiony sinkiem potasu ma smak tak przykry, że trudno przypuścić, aby osoba dorosła a przytomna mogła płyn taki wypić i nie poznała się natychmiast na tym niezwykle przykrym smaku. Co do téj okoliczności wskazuje H. naprzód na częstość otrucia przypadkowego ługiem, którego smak jest nierównie przykrzejszym, a nadto celem sprawdzenia, czy smak sinku potasu w rzeczy samé jest tak uderzającym, robił razem z asystentami swymi doświadczenia kosztując przezornie krople 12% świeżego rozczynu wodnego sinku potasu, jakotéż wiśniówki, w któréj 12% trucizny rozpuszczono. We wodzie sinek potasu rozpuścił się już po upływie godziny, w wiśniówce zaledwie po upływie 24 godzin; wiśniówka nabrała woni kwasu pruskiego, ale nie do tego stopnia, aby woń ta zwracała na siebie uwagę i nielekarza. Krople rozczynu za pomocą pręcika szklanego na język przeniesione, a przez 3—5 sekund tamże zatrzymane, nie wywoływały pieczenia, lecz smak ługowy nie bardzo przykry, który natychmiast ustąpił po wypłuczeniu ust nie wywoławszy żadnéj zmiany na błonie śluzowéj. Przeciwnie 12% ług potasowy sprawiał pieczenie, utrzymujące się nawet przez kwadrans po wypłuczeniu ust, podobne do pieczenia wywołanego przez oparzenie się rosołem gorącym, a błona śluzowa języka okazała się bardziéj zaczerwienioną. Większa ilość rozczynu wzmiankowanego sinku potasu wzięta do ust wywoływała uczucie piekące, ługowe, podobne do smaku mocnéj wódki, ale wcale znośne. Z czego wynika, że ze stanowiska sądowolekarskiego należy przypuścić możebność przypadkowego otrucia się sinkiem potasu, nawet ze strony ludzi dorosłych a przytomnych. *(W. med. Wochenschrift* 1880, Nr. 1—3). *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Klebs protestuje, jakoby ujemne rezultaty terapeutyczne, otrzymane po inhalacyjach będźwinianu sodowego w suchotach płucnych, przemawiać miały przeciw jego zapatrywaniom na przyrodę gruźlicy jako choroby pasorzytniczéj. Również i terapija przeciwprątkowa w gruźlicy ma swoję przyszłość, pomimo że będźwinian sodowy (może skutkiem nienależytego stósowania?) okazuje się nieskutecznym. Klebs poleca na podstawie 4 letniego doświadczenia będźwinian magnezyi do inhalacyj i wewnętrznego użytku oraz oświadcza, że będźwiniany w ogóle a mianowicie będźwinian magnezyi mogą powstrzymać tworzenie się gruzełków i przyczynić się do ich zaniku, że w przypadkach nie zbyt starych nacieków szczytowych, którym towarzyszy wysoka trawiąca gorączka, skutkiem inhalacyj będźwinianu sodowego i równoczesnego podawania na wewnątrz będźwinianu magnezyi (20 do 30 grm. dziennie) gorączka trwale opada, objawy nieżytowe znikają i ciężar ciała się powiększa (o $^1/_8$ część). W przypadkach suchót płucnych już więcéj rozwiniętych lekowanie to nie daje już tak pewnych rezultatów; jeżeli już istnieją jamy w miąższu płucnym, radzi takowe za pomocą pilokarpinu (0·01 podskórnie) lub inhalacyj z odwaru gwajakowego należycie wyczyścić, aby plwociny nie zawierały prątków. Jeżeli nareszcie naciek jest bardzo rozległy, zawiera liczne wielkie jamy, jeżeli gruczoły oskrzelowe są serowato naciekłe a rozwinęła się już gruźlica jelit lub krtani, w takich razach jedynym środkiem jest miejscowe leczenie jam płucnych, jak to już w r. 1873 robił Mosler w Gryfii, wprowadzając leki do jam rozpadowych przez nakłucie klatki piersiowéj. Kierując się takiemi zasadami miał Klebs liczne przypadki suchót płucnych nie tylko w rozwoju powstrzymać, ale nawet doszczętnie wyleczyć. *(Allg. Wien. med. Ztg.* 1880, Nr. 1).

ss) Dawniéj już polecał Mosler miejscowe stósowanie leków odciągających w chorobach opon mózgowych. Na podstawie dalszych w tym kierunku doświadczeń radzi najlepiéj ogoliwszy odpowiednią część włosów wcierać maść emetykową, po czém bóle głowy, zawroty itp. przypady rychło ustępują. *(Deutsches Arch. f. klin. Med.)*

ss) Henry oceniając na podstawie postrzeganych 196 przypadków raka sutkowego rozmaite sposoby postępowania leczniczego przeciw temuż cierpieniu, dochodzi do następujących wniosków: podawanie wewnętrzne przetworów jodowych i rtęciowych, jakotéż wstrzykiwania azotanu srebrowego, kwasu karbolowego i octowego nie okazały się nigdy korzystnemi; zewnętrzne stósowanie chlorku potasowego działało odwaniająco na części posoczające, ale nie wpływało bynajmniéj na przebieg choroby; kondurango używane tak zewnętrznie jako i wewnętrznie okazało się zupełnie bezskutecznem. Ucisk, mogący być bardzo pożytecznym przeciw nowotworom łagodnym i zapalnym stwardnieniom sutka, tudzież stósowanie elektrolizy są również nieużyteczne. Jedynym środkiem skutecznym jest operacyja: z liczby 14 operowanych pozostało przez $2^1/_4$ do $8^3/_4$ lat bez recydywy, w reszcie przypadków osiągnęło się tę przynajmniéj korzyść, że odjęcie nowotworu podnosi zawsze chorych na duchu, usuwa nieznośne bóle i przedłuża życie (przeciętnie na 6 miesięcy). Śmiertelność po operacyi wynosiła 30; 20 chorych zmarło skutkiem powikłań. *(Centralblatt für Chirurgie* Nr. 52, 1879).

ss) Füller zachwala tymol w leczeniu oparzelin. Po ciepłéj kąpieli zmywa się miejsca oparzone rozczynem tymolu (1:1000) i wystawia je następnie przez kilka minut na mgłę tymolową (za pomocą rozpylacza), po czém części ranne pędzelkuje się olejkiem tymolowym (1:100), ilekroć olejek wyschnie, początkowo co 10 min. potém rzadziéj. Przy takiém postępowaniu F. widział w 50 przyp. bardzo korzystne skutki: ropienie było nieznaczne, czas choroby stosunkowo krótki a przedewszystkiém blizny się tak nie kurczyły jak przy innéem leczeniu. *(Deutsche med. Wchft.* 1879, Nr. 41—43).

ss) Podskórne wstrzykiwania kwasu karbolowego w reumatyczném zapaleniu wielostawowém już dawniéj polecał Kunze. Obecnie jeden z lekarzy rosyjskich zestawia wyniki lecznicze tego postępowania, jakie otrzymał u 12 chorych, z których 7 po raz pierwszy, 3 po raz drugi a 1 trzeci raz zapadł na tę chorobę. Najlepiéj wstrzykiwać tuż poniżéj zajętego stawu pełną strzykawkę 1% rozcz. kwasu karbolowego. Przy takiém postępowaniu bóle prawie stale ustępują, obrzmienie

i zaczerwienienie znikają wkrótce (zwłaszcza w przypadkach cierpienia mniéj nasilonego) i to rychléj w zap. stawów powierzchownych aniżeli głębiéj położonych; po paru dniach jednak bóle zazwyczaj powracają, jeżeli równocześnie nie podaje się na wewnątrz przetworów kwasu salicylowego. Według tego więc kwas karbolowy byłby tylko środkiem uśmierzającym, a i to jego działanie jest wątpliwe, gdyż autor we wszystkich prawie przypadkach podawał równocześnie salicylan sodowy. (*Wiener med. Bl.* 1880 Nr. 3).

V. O błonicy *(diphtheritis)* panującéj nagminnie na Podolu.

List I.

Historyja i geografija błonicy; przepisy sanitarne, rozporządzenia p. ministra spraw wewnętrznych; działalność Towarzystwa Czerwonego Krzyża w rzeczy poskromienia zarazy; partyzancki sanitarny oddział jego kosztem utworzony i wysłany do Mohylowa nad Dniestrem; bezpłatna pomoc lekarska i leki dla dotkniętych błonicą ubogich mieszkańców Kamieńca podolskiego.

Rok oto trzeci walczymy z dyfteryją i niestety bez wielkiego powodzenia, ma ona już swoję historyję, jak ma i swoje ofiary; o jednéj więc i o drugich chcę wam przesłać sprawozdanie.

Publiczność pyta z trwogą, co to za nowa choroba, tak zgubnie działająca na organizm dziecięcy? zapomina bowiem, że już u nas na Podolu po raz drugi ona panuje. A że i tamta pierwsza wystąpiła za naszéj pamięci, więc się jéj także słów kilka należy. W lipcu 1859 upadła szarańcza w dwóch powiatach: Mohylowskim i Uszyckim, zniszczyła ona znaczną część zboża na pniu będącego, ale co ważniejsza zniszczyła wszystkie ogrodowizny, kmieć naraz pozbawiony został kwaskowatych pokarmów, ogórków, buraków, kapusty; a że jednocześnie i głód mu dokuczał, że obok tego zima była nijaka, termometr niżéj zera nie opuszczał się wcale do końca roku, barometr stał bardzo nisko, mgły i deszcze ciągle, błota zaś utrudniały transporty z okolic dalszych, przez szarańczę nienawiedzonych, więc tyfus głodowy najpierw zagościł pod ubogą strzechą włościańską, jednocześnie z nim zapanował gnilec, a na tém tle z wiosną 1860 r. wybuchła błonica, przeważnie w Uszyckim powiecie. Nie odrazu groźne przybrała rozmiary, ale już w jesieni spory obszar kraju zagarnęła pod swoje panowanie; zastała ona nas nieprzygotowanych do tego stopnia, żeśmy się wahali nawet co do nazwy saméj choroby; więc najprzód w sprawozdaniach urzędowych podporządkowano ją pod gromadę dławcową (krup), potem dławca wrzekomego (pseudokrup), z kolei dopiero ochrzczono ją złośliwém zapaleniem gardła, w końcu zapaleniem błonicowém *(angina membranacea)*. O leczeniu nie wspomnę, błąkaliśmy się, przyznajmy otwarcie, jak błąkamy się obecnie, choć postęp dzisiejszéj terapii widoczny: rzuciła ona leki przeciwzapalne i wymiotne, jako bezwarunkowo szkodliwe, na końcu pałeczki ulanéj z azotanu srebrowego nie upatruje wszystkiego zbawienia; natomiast wezwała do pomocy, tak do niedawna lekceważoną i nieledwie wyśmiewaną policyję lekarską; zdobyliśmy gorzkiém doświadczeniem to przekonanie, że środki desinfekcyjne odgrywają tu rolę wydatną, że choroba jest zaraźliwą, odosobnienie więc chorych koniecznėm itd. itd.

By skończyć już raz z tą dawną epidemiją, dodam, że ustała ona dopiero na początku 1861 r., ale śmiertelność przez nię wywołana była dość znaczna, ogólna bowiem rubryka zgonów w gubernii urosła po nad zwykłą skalę do 15,000.

Teraz o dyfteryi panującéj obecnie. Ale i tu muszę zacząć *ab ovo.* Zapewne przypominacie sobie sprawozdanie Dra Nesti z r. 1870 o epidemii błonicy rozwielmożnionéj we Florencyi i jéj okolicy; otóż pisze on, że błonica owa szybko się rozszerzyła, bez względu na stosunki topograficzne i telluryczne, że największa liczba przypadków dotyczyła dzieci między 2 a 3 rokiem życia. W ogóle jednak żaden wiek nie był oszczędzony, tylko u niemowląt przy piersi będących bardzo ją rzadko spotykano. Zarażanie następowało albo przez oddychanie, albo téż przez dotykanie się produktów chorobowych, w ten sposób zaraził się i sam Dr. Nesti, autor sprawozdania. Dla tego przytoczyliśmy tych słów kilka o dyfteryi florenckiéj, bo jednocześnie z nią wystąpiła błonica w Rosyi południowéj (nawet kwestyja, czy nie zaniesiono jéj z Włoch do Odessy?), mianowicie w gubernijach chersońskiéj, taurydzkiéj, ekaterynosławskiéj i bessarabskiéj. W początkach słaba, zawsze atoli nosiła cechy epidemii domowéj *(Hausepidemie)*; i tak w danéj miejscowości, wiosce albo miasteczku, zagnieżdżała się pod jedną strzechą, dotykała dziatwy tam zamieszkałéj, z któréj połowa albo i wszystkie padały jéj ofiarą; a dokonawszy dzieła zniszczenia gasła, nie występując już ponownie w téjże osadzie kilka albo i kilkanaście tygodni.

Ztamtąd to, w r. 1872 — przekroczyła ona granice chersońskie i pokazała się w sąsiednim bałckim powiecie gub. podolskiéj; rozwijając się powolnie, nie zwróciła na siebie pierwiastkowo uwagi miejscowych władz sanitarnych: powiększała się latem i jesienią, słabła porą zimową i wiosną, ofiary jéj były nieliczne, krańców powiatu całych lat kilka nie przestąpiła.

Tak rzeczy stały do 1877 r., to jest do początku wojny tureckiéj; ruchy wójsk, ciągłe transporty materyjału bojowego uskuteczniane przez miejscowych kmieci, dopomogły rozszerzeniu się dyfteryi. Zawsze atoli ogniskiem, z którego się ona u nas wykluła, było pogranicze gubernii chersońskiéj, mianowicie miasteczko Krzywe jezioro i siedm wiosek w okolicy jego leżących: w początku lipca 1877 r. naliczono tam 491 chorych, dotkniętych złośliwém zapaleniem gardła, z których 168 umarło (około 34%). Jednocześnie w końcu lipca wybuchła dyfteryja w Wierszchówce należącéj do gminy trościanickiéj, a położonéj w pow. bracławskim (Krzywe jezioro od Wierszchówki oddalone o werstw przeszło 200); urząd powiatowy lekarski naliczył tu 176 przypadków, z których 50 zakończyło się niepomyślnie; tylko we wspomnianéj miejscowości choroba zwiększała się do tego stopnia, że już w końcu października, zagarnęła oprócz Wierszchówki i cztery inne okoliczne wioski, a liczba osób dotkniętych rzeczoną niemocą urosła do 640, śmiertelne zaś zejście miało miejsce w 249 przypadkach (40%). Powtórzyło się to samo i w powiecie winnickim (przylegającym do Bracławskiego), mianowicie w Mohylówce i trzech obok położonych wioskach (71 przypadków i 28 zgonów). Ztamtąd w listopadzie błonica przewędrowała do sąsiedniego powiatu lityńskiego, lecz tutaj nieprzybrała zbyt groźnych rozmiarów, jak gdyby wysiliwszy się — przygasła zupełnie.

W ogóle postrzeżono, że dyfteryja trzymała się stale kolei żelaznéj, rozszerzając się bardzo powolnie po obu stro-

nach głównéj komunikacyjnéj linii na Podolu. Siła jéj słabła w kierunku od południo-wschodu ku północo-zachodowi, tak, że kiedy powiat bałcki (południowy kraniec gubernii) najwięcéj był rzeczoną niemocą dotknięty, wówczas w proskurowskim (kraniec północno-zachodni) ledwie się ona dostrzedz dawała i dotąd nie przekroczyła za Wołoczyska, stacyję kolei żelaznéj, znajdującéj się na granicy, tak, że o dyfteryi nagminnéj w Galicyi wcale nie słychać, przynajmniéj nie spotykamy o niéj wzmianki ani w pismach codziennych, ani téż lekarskich.

Do nas, do Kamieńca i w ogóle na pobrzeże Dniestrowe podolskie, wkroczyła błonica inną drogą, mianowicie z Bessarabii. W lipcu 1877 r. szerzyła się już tam ona na dobre i wkrótce dosięgła przerażających rozmiarów; niemocy ulegały nietylko dzieci, ale i dorośli i zgrzybiali; wymierały całe rodziny. Gazety, opierając się na sprawozdaniach urzędowych, podawały liczbę zgonów wywołanych w skutek dyfteryi w dwóch tylko północnych powiatach Bessarabii (w chocimskim i sorokskim) na 9,000 i to w ciągu pierwszego półrocza 1877 r. Ztamtąd to wkroczyła ona do ościennych powiatów podolskich — olgopolskiego, uszyckiego i kamienickiego. W Kamieńcu pierwszy przypadek miał miejsce w sierpniu 1877 r., mianowicie na ulicy Pocztowéj, za nim nastąpiły dwa inne w sąsiedztwie — wszystkie zakończone zgonem. Początek wszakże epidemii jak w stolicy gubernii, tak w trzech tylko co wyszczególnionych powiatach, datuje od 1 października 1877 roku. W ogóle, ku końcowi wzmiankowanego roku, liczono objętych zarazą siedm powiatów, a w nich 92 miejscowości t. j. 12 miasteczek z ludnością izraelską przeważnie i 80 wiosek — kędy wyłącznie między chrześcijanami szerzyła się zaraza. Liczby zmarłych, jako téż chorych z tego okresu, niemogliśmy odnaleźć w papierach urzędowych, któremi posługujemy się przy układaniu niniejszego sprawozdania.

Z wiosną 1878 r. epidemija jakby się zmniejszyła, o cho rych nie było słychać, ale już w ciągu lata nastąpiła zmiana ku gorszemu. Do wyżéj podanych siedmiu powiatów, przybył ósmy— jampolski, w którym w czerwcu i lipcu skonstatowano 770 zgonów z dyfteryi (na 163,539 płci obojéj mieszkańców). Niektóre miejscowości powiatu kamienieckiego w tymże okresie wówczas tylko uwolniły się od epidemii, kiedy w nich wszystkie dzieci do lat 7 wymarły. Do takich najnieszczęśliwszych należała Braha położona nad Dniestrem, gdzie na 336 mieszkańców naliczono 80 zgonów. To samo da się powiedzieć o przedmieściach Kamieńca: Dłużku, Białanówce, Zińkowcach, Tatarzyskach, Karwasarach, Ruskich i polskich folwarkach, a także i o wioskach okolicznych, mianowicie: Kulczyjowcach, Mukszy, Janczyńcach, Hołoskowie, Kadijowcach, które dostarczały największego kontyngensu chorych lekarzom w mieście osiadłym, przyczyniając się do zwiększenia i nasilenia epidemii w Kamieńcu przyciehającéj. W Michałówce, powiatu uszyckiego, na 744 mieszkańców, w ciągu dwóch miesięcy (sierpień i wrzesień 1878 r.) liczono 295 zgonów przez błonicę wywołanych, ku końcowi roku cała gubernija z wyjątkiem powiatu lityńskiego, objęta już była zarzewiem téj strasznéj niemocy. Urzędowe zaś sprawozdania, za grudzień tylko, podają wcale niepocieszające wyniki, mianowicie około 263 miejscowości służących jakby za ognisko choroby, a że miasteczek, wiosek i futorów liczy nasza gubernia 2036, więc prawie 13% dotkniętych błonicą, chorych zaś podano 2990, a zgonów 1114, to jest 40%.

W roku bieżącym sprawa błonicowa rozwielmożniła się jeszcze bardziéj, nieustannie zmienia miejsca, chociaż się zdarza, że do jednéj osady wraca po kilka razy. Ma ona swoje uprzywilejowane rezydencyje, jak znowu są osady, które stale omija, choć w koło nich daninę wybiera. Dawniéj zaniesiona do pewnéj osady w jednéj rozpanoszała się chacie, dzisiaj naraz obejmuje w posiadanie swoje kilka i kilkanaście domów, nie masz gminy, w któréjby ofiar i to dość licznych nie zabrała. Gdybyśmy bowiem przypuścili, że wyżéj podana cyfra zgonów w ciągu grudnia 1878 r. stanowi dwunastą część śmiertelności w gubernii, w skutek dyfteryi powstałéj, wówczas caloroczna liczba zgonów przez niniejszą epidemiję wywołanych dosięgłaby 13,386. Przypuszczenia tego wcale za nieprawdopodobne uważać nie należy, a jednak imponuje ono swoim ogromem, zwłaszcza jeżeli przypomnimy czytelnikom, że gubernija liczy 2,044,614 mieszkańców, i że zwykła śmiertelność roczna wynosi 63,230 osób.

Jakże się zachowywała administracyja miejscowa w obec tak groźnéj sytuacyi? Przyznać jéj należy, że używała wszelkich możebnych środków dla poskromienia zarazy. I tak: powołała ona do życia wszystkie powiatowe Rady zdrowotne, funkcyjonujące zwykle podczas panujących epidemij: miejscowości dotknięte dyfteryją podzieliła na sekcyje, oddając je pod wyłączną opiekę lekarzy powiatowych i wiejskich. Gubernijalna Rada sanitarna wydała nadto przepisy (1878), któremi posługiwać się winni mieszkańcy wiejscy dla uchronienia się od błonicy.

Wszystko to wszakże nie pomogło. Wówczas p. minister spraw wewnętrznych uznał za konieczne, polecić pp. gubernatorom użycie energiczniejszych środków dla przytłumienia zarazy.

W cyrkularzu ministeryjalnym z dnia 23 czerwca 1879 r. powiedziano, że dyfteryja szerzy się w następujących gubernijach: bessarabskiéj, chersońskiéj, taurydzkiéj, podolskiéj, ekaterynosławskiéj, połtawskiéj, kijowskiéj i czernichowskiéj, kurskiéj, woroneżskiéj i orłowskiéj; zajmuje więc całą południową strefę Rosyi. Epidemija trwa już lat kilka (około dziewięciu) i z każdym zwiększa się rokiem. Dla tego zaleca: *a)* powiększenie liczby lekarzy, felczerów i sióstr miłosierdzia, w celu leczenia chorych dotkniętych błonicą i troskliwego a umiejętnego ich pielęgnowania; *b)* podzielenie miejscowości dotkniętych na sekcyje i wyznaczenie dla każdéj z nich opiekuna; *c)* urządzenie oddzielnych infirmeryj dla chorych, które należy zaopatrzyć w potrzebne lekarstwa, środki desinfekcyjne itd.; *d)* nim zaś to wszystko da się uskutecznić, uważa p. minister za korzystne, rozpowszechnienie pomiędzy mieszkańcami pewnych przepisów i przestróg sanitarnych. Jako wzorowe pod tym względem załączono przy cyrkularzu wypracowane przez połtawski urząd lekarski i przez chersońską radę sanitarną. Oba do siebie podobne. Ostatni jednak podajemy w streszczeniu, jako zastosowany należycie do skali oświecenia ludu, jego uprzedzeń i zabobonów itd. Przepisy te dzielą się na obowiązujące i nieobowiązujące. Pierwsze z następnych motywów złożone.

1) W przypadku wystąpienia dyfteryi (znanéj u gminu pod nazwą złośliwego obrzmienia szyi, złośliwych zawałków) gospodarz domu, albo starszy członek rodziny, gdzie się rzeczona choroba pokazała, powinien natychmiast uwiadomić: lekarza albo felczera, jeżeli takowi są w miejscu, a kiedy ich nie ma, wójta gminy, setnika albo dziesiętnika, a tych już

obowiązkiem będzie donieść o wszystkiém najbliższemu lekarzowi, felczerowi, a także komisarzowi policyi.

2) Jeżeli po oględzinach dokonanych przez lekarza albo felczera okaże się, że choroba istotnie jest sprawą błonicową, wówczas władze miejscowe powinny wyznaczyć, w miarę potrzeby, jeden, dwa, albo i trzy domy dla infirmeryj, zaopatrzyć je w najzwyklejsze naczynia (jak kubły, miski, garnuszki), w pościel a przynajmniéj w dostaczną ilość siana albo słomy. W podobnych szpitalach czasowych należy lokować dotkniętych dyfteryją, przy sprawdzonéj bowiem zaraźliwości złośliwego zapalenia gardła przecięcie i ukrócenie zarazy możebne tylko przy bezwarunkowém odosobnieniu chorych od zdrowych.

Wyjątek od tego przepisu uczynić można dla osób dostatnich, będących w możności odosobnienia chorych we własném mieszkaniu; a także dla dzieci przy piersi będących i takich, które się bez opieki macierzyńskiéj obejść nie mogą. (Dodatek bardzo elastyczny, obalający całą doniosłość wyżéj podanego przepisu, bo czyż się dziecię do 7 lat może obejść bez opieki macierzyńskiéj? a błonica przeważnie dotyka tę epokę wieku. *(Przypisek sprawozdawcy).*

3) Ponieważ plwociny wyrzucane przez chorych a także bielizna przez nich używana i pościel na któréj leżą, zdolne są rozszerzyć zarazę, więc konieczném jest: *a)* wydzieliny oddawane przez chorych zbierać do naczynia, albo do szmat i pierwsze, t. j. naczynia opłukiwać środkami desinfekcyjnemi, drugie zaś palić natychmiast; *b)* siano lub też słomę, na któréj chorzy leżą (a odmieniać je potrzeba, jak można najczęściéj, przynajmniéj raz na tydzień), palić w jedném na ten cel przeznaczoném miejscu, pilnie przestrzegając, żeby produktów do spalenia przeznaczonych wiatr nie roznosił po wsi albo miasteczku; *c)* bielizny ze zmarłych na błonicę nie zdejmować, ze zdrowiejących zaś (koszule, poszewki, prześcieradła) palić, jeżeli na to właściciel pozwoli, jeżeli zaś nie pozwoli, wówczas poddawać ją odwietrzaniu t. j. okadzaniu siarką, poczém opłukać ją we wrzątku z dodaniem do tego ostatniego małéj ilości potażu (popiołu).

Podane tutaj przepisy winny być zastósowane i do osób, w domu własnym zostających na kuracyi. Mają one prawo (według nas powinny) odsyłać bieliznę i pościel chorych do infirmeryi, gdzie ulega ona desinfekcyi.

Okadzanie uskutecznia się w następujący sposób: Odzież i bielizna, którą mamy poddać odwietrzaniu, rozwiesza się w osobnéj izbie, stodole, nawet loszku, na podłodze ustawia się naczynie z żarem, na który wypada wysypać pół funta siarki sproszkowanéj i szczelnie zamknąć mieszkanie. Bardzo pierwotne uwagi, niedostateczne nawet dla prostego gminu— a Rada sanitarna właśnie kmieci miała na względzie. Już przepisy połtawskiego zarządu lekarskiego, także zalecone przez p. ministra, daleko są wyraźniejsze w kwestyi desinfekcyi, dla tego téż powtórzymy je tutaj. Odwietrzanie za pomocą gorącego powietrza, tam gdzie nie ma na ten cel zbudowanych izb, uskutecznia się z korzyścią w każdym ruskim piecu. Wymywanie i opłukiwanie najlepiéj robić w wodzie karbolowéj (2% t. j. 1 część kwasu na 50 części wody), albo chlorowéj (ćwierć funta *calcariae chlorat.* na wiadro wody, po ustaniu się płyn zlewa się bez osadu). Okadzanie, w tym celu najlepiéj używać chloru (funt *calcar. chlorat.* rozpuścić w oku wody i dodać do tego mięszaniny z dwóch funtów kwasu solnego z dwoma funtami wody — w skutek czego zaraz się zaczyna gaz chlorowy wydzielać). Dla okadzania używać można i siarki (siarkę stopić, namoczyć w niéj gałgany albo kłaki, i zapalone układać na cegle albo glinie). Dla oczyszczenia pokoju, na każdych dziesięć sążni kubicznych dość jest funta *calcar. chlorat.* albo trzech funtów siarki.

Po wygaśnięciu epidemii, mieszkania, w których mieściły się infirmeryje dyfterytyczne, powinny być okadzone siarką, a potém w ciągu całego tygodnia przewietrzane. (Dodamy od siebie, że należy tynk w nich odbić i na nowo wybielić).

4) Zmarli na błonicę z racyi wielkiéj zaraźliwości winni być po upływie doby chowani. Przyczém zachować należy następujące przepisy: a) bielizny z nieboszczyka nie zdejmować, b) trupa nie obmywać, c) do świątyni ciała nie sprowadzać, d) do całowania zmarłego — jak tego chce obyczaj — oprócz ojca i matki nikogo z obecnych nie dopuszczać, e) chować w zamkniętéj trumnie, f) eksportacyj licznych unikać, g) zaduszek żadnych nie sprawiać. W ogóle zabraniać zbiegowiska ludzi, a przedewszystkiém dzieci w chacie, gdzie leży nieboszczyk zmarły na błonicę.

5) Bezwarunkowo nie wolno udawać się za poradą do znachorów, a także naciskać obrzmiałe gruczoły szyjne i podszczękowe (odsuwać zawałki — by nie zadusiły), gdyż taki sposób traktowania choroby jest bardzo szkodliwy.

6) W miejscowościach, gdzie się znajdują szkółki wiejskie, i gdzie mieszkają lekarze albo felczerowie, ci ostatni a także nauczyciel, obowiązani są przynajmniéj dwa razy na tydzień dokonywać opatrunku dzieci, w przypadku zaś wystąpienia dyfteryi, najstósowniéj będzie na czas jakiś zawiesić naukę.

Przepisów nieobowiązujących nie podajemy; dotyczą one początkowego (na razie) leczenia chorych dotkniętych błonicą.

Nie bacząc jednak na rozwiniętą sprężystość administracyi, któréj bódźca dodał cyrkularz p. ministra, epidemija szerzyć się nie przestała; dochodzą nas wieści że w obecnéj chwili (połowa grudnia 1879 r.) objęła ona już 15 gubernij. Więc z kolei poruszono nowe siły, a mianowicie w miejscowościach bardziéj zagrożonych wystąpiło do walki z błonicą Towarzystwo czerwonego krzyża. Urządziło ono tak zwane przenośne, ruchome ambulanse (partyzanckie oddziały — „letuczyje otriady“) w dwóch gubernijach: półtawskiéj i podolskiéj. W pierwszéj z nich miejscowe obywatelstwo (ziemstwo) złożyło na rzecz poskromienia dyfteryi 100,000 rubli, Towarzystwo czerwonego krzyża dodało od siebie 105,000 r., uformowano więc 30 oddziałów, na czele 30 lekarzy i 300 sióstr miłosierdzia dodanych im do pomocy. (Półtawska gubernija liczy 2,102,614 mieszkańców, na każdy więc oddział przypada 70,420 osób). Zadaniem partyzanckiego lekarskiego hufca jest zakładanie w osadach, gdzie panuje błonica, czasowych lazaretów, w nich znajdują przytułek dyfterytycy, dostają bieliznę (ta którą mają na sobie idzie w ogień), pomoc lekarską i pożywienie; w każdym lazarecie chorych dogląda siostra miłosierdzia, lekarstwa podaje felczer, lekarz zaś kolejno odwiedza szpitale jego powierzone pieczy. Podobny oddział sanitarny (jeden tylko) wysłany został 10 października do Mohylowa nad Dniestrem, gdzie się w chwili obecnéj najbardziéj szerzy błonica. Utrzymanie jego kosztuje miesięcznie do 1000 r. Według wieści, jakie nas dochodzą, udało mu się bardzo pomyślnie przeprowadzić najdrażliwszą kwestyję odosobnienia chorych, co już jest wielkim krokiem naprzód, szczególnie u nas, gdzie

lud tak sobie lekceważy wszelkie przepisy i tak się w ogóle boi szpitala.

Niezależnie od tego miejscowe Towarzystwo czerwonego krzyża wzięło w swoję opiekę i biedną ludność Kamieńca; obowiązało ono jednego z lekarzy do wizytowania chorych dotkniętych błonicą, z prawem wydawania leków w takich przypadkach wskazanych, na które wyznaczyło po 100 r. miesięcznie. Oto są dzieje epidemii na Podolu i przepisów mających zadanie przytłumienia zarazy.... Aż trwoga zbiera na samą myśl, wiele to osób padło jéj ofiarą w ciągu przeszło dwóch lat ostatnich, wiele ich jeszcze padnie, jeżeli społeczność nie wesprze swoją czynną pomocą miejscowéj administracyi, jeżeli lekarze gminni nie będą szerzyć między ludem zdrowych zasad sanitarnych. *Dr. Antoni Józef Rolle.*

Listy z prowincyi.

IV.

„Lekarz to kapłan, co bez wytchnienia o każdéj porze spieszy zarówno do łoża bogacza jak i ubogiego wyrobnika, co wraca dzieciom ojca lub matkę, rodzicom ukochane dziecko, itp.“—czytamy w niejednéj powieści a słyszymy niemal co chwila. Z myślą téż o tak szczytném powołaniu kończy się nieraz o chłodzie i głodzie dłuższe, mozolniejsze i kosztowniejsze od innych studyja lekarskie w téj błogiéj nadziei, że pracując w tak szlachetny sposób dla dobra swych bliźnich, znajdzie się w życiu zadowolenie dobrze spełnionego obowiązku, a zarazem słodki jakkolwiek skromny kawałek chleba; mianowicie odkąd zdanie, że „*Galenus dat opes*“, dawno już straciło swe znaczenie. Nasłuchawszy się o wielkim braku lekarzy w Galicyi, naczytawszy anonsów i korespondencyj dziennikarskich, że w téj lub innéj okolicy lekarz jest bardzo pożądanym, naodbierawszy kilka listów od aptekarzy, do których po informacyje udawać się zwykło, zapraszających naturalnie we własnym interesie do swéj siedziby jako do drugiéj Kalifornii i Eldorado, rzeczywiście jest się nieraz w kłopocie, w którą stronę się zwrócić, tak wszędzie widoki na pozór są zachęcające. Posadę dostać to rzecz nie tak łatwa, gdyż dziś o najlichszą ubiegają się dziesiątki kandydatów, a warunkom stawianym, aby kompetujący był bezżennym, to znów wolnym od wojskowości (najlepsze to pono ilustracyje do braku lekarzy u nas) nie każdy zadosyć uczynić może. Nie chcąc powiększać liczby lekarzy po miastach i miasteczkach, gdzie ich już jest do zbytku, osiąść na wsi lub w miasteczku, które jest niém tylko z imienia, a odstrychnąwszy się w ten sposób zupełnie od ucywilizowanego świata, rozpocząć w całém tego słowa znaczeniu głodne apostolstwo, nie jeden już próbował, ale długo wytrwać nie potrafił. Przed trzydziestu jeszcze może laty, gdyby lekarzy było tyle co teraz, prawdopodobnie instytucyja lekarzy gminnych byłaby się sama przez się wytworzyła, dziś jednak gdy z licznego zastępu zamożnego obywatelstwa pozostały tylko dogorywające niedobitki, nie można się łudzić, aby w danéj miejscowości pozostała garstka, zmuszona bardzo z kredką się liczyć, lekarza choćby skromnie utrzymać zdołała. A jak się lud obecnie zapatruje na lekarzy i jak się garnie do ich pomocy, mieliśmy sposobność poprzednio poznać. Zachoruje kto w chacie, to się pewnie z pracy „oberwał“, trzeba zawołać babkę, żeby wysmarowała, wypić wódki z psiém sadłem lub z pieprzem, a gdy krew po plecach „roi“, to jéj upuścić; winduje się następnie pacyjenta na piec, aby się wygrzał i wyleżał, i kuracyja skończona. Gdy zaś to nie pomaga, a nieskutkują inne gusła i różne leki, ha to już „dopust Boży“, na lekarza i lekarstwa najczęściéj nie ma pieniędzy a nawet wydatek się „nie opłaci“, jeżeli chory jest dzieckiem, z którego jeszcze nie ma pożytku, lub starcem, który i tak prędzéj czy późniéj umrzeć musi. Za to pogrzeb i stypa muszą być sute, znajdują się i pieniądze, a jak nie, to sprzedaje się nawet ostatnią krowę, byle się tylko „pokazać“ i nieboszczykowi „despektu“ nie zrobić, zapominając, że często za dziesiątą część téj kwoty można było w stósownym czasie wezwawszy pomocy lekarskiéj, zmarłego długie jeszcze lata przy życiu utrzymać. Nie zawsze jednakże chłop nasz jest tak obojętnym, zdarzy się czasem widzieć w chacie i koło chaty nie zwykłe krzątanie, sąsiedzi spieszą do niéj z garczkami i flaszkami, z domu dolatuje płacz dzieci i domowników, czasem posyłają nawet po lekarza, płacąc „bez targu“ z góry i stósunkowo hojnie, słowem sądziłbyś, że się stało nie wiedzieć jakie nieszczęście, a tu tylko swego chowu jałóweczkę, co tyle a tyle „śrybła“ wartała, „paśkudnik“ lub „kurdziel“ udusił.

A przecież mimo téj czułości na wszystko, co ma materyjalną wartość, w razie zarazy bydlęcéj ani kordony wojskowe, ani surowe kary nie są w stanie powstrzymać wieśniaka, aby pokryjomu nie wykopywał często już nadgniłéj padliny i spożywając ją w domu nie szerzył w ten sposób zarazy i nie szkodził rozmyślnie własnemu i rodziny zdrowiu. Jakżeż więc można żądać od tego biednego, ciemnego i biernego, za nadto wiele na wolę i opatrzność boską składającego, a nadto przez niesumiennych szarlatanów wyzyskiwanego, lub przez rzekomych dobroczyńców bałamuconego ludu, aby umiał, gdy chodzi o zdrowie i życie własne, lekarską pomoc ocenić, rzeczywistą rozpoznać, i z ufnością do niéj się uciekając wynagrodzić ją był w stanie. Są wprawdzie okolice, jakkolwiek rzadkie, gdzie większa oświata nauczyła wieśniaka więcéj cenić swe zdrowie, i w danym razie częściéj szukać stósownéj pomocy, gdzie także dobrobyt podaje do tego odpowiednie środki, okolice te jednakże, właśnie dla tych powodów, na brak lekarzy wcale się skarżyć nie mają przyczyny. Faktem jednakże jest, że ludność wiejska coraz bardziéj marnieje, pierwsza lepsza epidemija (jakiéj i przy tegorocznym niedostatku spodziewać się można) liczne zabiera ofiary, kiła i charłactwa różne coraz bardziéj się szerzą, a wykazy statystyczne zdolnych do służby wojskowéj stawiają Galicyję prawie na ostatniém miejscu. Czasby rzeczywiście już był w obec tego stanu rzeczy od projektów przejść do czynu, do środków zaradczych. Cóż za korzyść bowiem ztąd, że wtedy dopiero, kiedy groźna epidemija znaczne przybiera rozmiary, na gwałt szuka się i deleguje lekarzy, wydając na ten cel znaczne sumy; nieświadomość, nieufność a często jawny opór zarządzonym środkom utrudniają krwawą rzeczywiście pracę lekarza i rezultat jéj prawie do zera sprowadzają. Trafnie bardzo porównywają nieraz nieoświecony lud do dziecka, które zanim zacznie używać sił własnych, koniecznie potrzebuje opieki i kogoś, ktoby kierując jego krokami, bronił ich od szkody, takiéj téż pomocy pod każdym względem niezbędnie lud nasz potrzebuje. Dopóki więc jak dotąd i w sprawie zdrowia wszelka inicyjatywa pozostawioną będzie woli i uznaniu tego wielkiego dziecka, i dopóki statystycy patrząc na lud przez wielkomiastowe okulary i perorując o jego domniemanych żąda-

niach, w samém tylko zwiększeniu ilości lekarzy szukać będą lekarstwa na usunięcie panującego złego, dopóty nie można się spodziewać najmniejszéj korzystnéj zmiany w obecnych stósunkach, choćby nawet liczba lekarzy kilkakrotnie się pomnożyła. Potrzeba przedewszystkiém, aby wieśniak jak najczęściéj przekonywać się mógł o skuteczności pomocy lekarskiéj i pożyteczności zarządzeń sanitarnych, a zarazem aby pomoc ta była mu jak najbardziéj dostępną; a zadaniu temu odpowiedzieć może tylko jak najprędsze wprowadzenie w życie instytucyi lekarzy gminnych. Lekarz będący w takim razie urzędnikiem zdrowia a nie wyrobnikiem, będzie mógł z całém oddaniem się, bez uwagi na uboczne względy, działać dla dobra ogółu, nie będąc jak dziś niejednokrotnie zmuszonym dla chleba zniżać się do zabobonów i szkodliwych praktyk tego ludu, który podnosić chcemy.

Zamiast jednak wszystkiemi siłami dążyć do tego jedynie racyjonalnego sposobu załatwienia sprawy, ostatnie rozprawy i uchwały Rady państwa dowiodły, iż pod dewizą oszczędności tańszym kosztem ma się dochodzić do tego samego celu. Wystarczy bowiem założyć jeden lub drugi nowy wydział lekarski, pomnożyć w ten sposób liczbę lekarzy, a zwiększona jeszcze więcéj niż obecnie konkurencyja wypędzi ich na wsie, a nędza zmusi do oddawania ciężko nabytéj wiedzy *„um jeden möglichen Preis“*, jak zbankrutowanych kupców „niżéj cen fabrycznych“. Sposób rzeczywiście dowcipny, ale czy zaradzi złemu, rozwodzić się nie potrzebujemy. Jaki zaś cel mają mieć ewentualnie projektowane i tak zachwalane specyjalne szkoły lekarskie, rzeczywiście zrozumieć jest trudno.

Czy może dla organizmu wieśniaka żywiącego się pośledmą strawą i okrywającego zgrzebną płótnianką wystarczy i taki, że tak powiemy, zgrzebny lekarz? Albo może spodziewa się ktoś, że taki rzemieślnik lekarski będzie mniéj wymagającym? dotychczasowa praktyka wcale za têm nie przemawia a nawet przeciwnie dowodzi. Wprawdzie wskazują na zniesione szkoły chirurgiczne twierdząc, iż jest to jedyny rodzaj lekarzy *„für das flache Land“*, kto jednak choć cokolwiek zna te stósunki, wie dobrze, że *„der so beliebte Landarzt“* przeważnie o tyle tylko mógł sobie zabezpieczyć jaką taką egzystencyję, jeżeli obok różnych przedsiebiorczych a z zawodem lekarskim nic wspólnego nie mających zajęć, w razie potrzeby pomocy lekarskiéj udzielał. Czy to ma być ideał, do którego nam powrócić należy? A jednak zdaje się, że tak jest w istocie. Obniżmy poziom naukowy lekarzy, stało się hasłem wielu, precz z tym zapleśniałym zabytkiem średnich wieków,—woła przy każdéj sposobności wiedeński *„Med. chirurg. Centralblatt“*. Na co długie studyja, kiedy doświadczenie, praktyka wystarczą, aby stworzyć dobrego lekarza,—dowodzi poseł ks. Pflügl, a jako argument wskazuje prawników tęgich przez praktykę, którzy wcale studyjów prawniczych nie przechodzili, zapomina jednak, że ci tędzy prawnicy stali się nimi tylko pod okiem i kierunkiem przełożonych, którzy przed praktyką prawa słuchali. Czy lekarz zostawiony sam sobie przechodziłby taką szkołę?

Trafniéj już zapatrywał się na sprawę pomocy lekarskiéj nasz sejm krajowy uznając konieczną potrzebę opieki nad ludem. Zgodzono się na utworzenie instytucyi lekarzy gminnych, ale znów wszystko poszło *ad acta* utknąwszy o brak lekarzy na liczne posady, które utworzyć projektowano. Jest to już naszą narodową wadą, że nie umiemy nigdy mrówczą, powolną a wytrwałą pracą dochodzić do celu. *Aut Caesar aut nihil* bywa hasłem jednostek i złożonego z nich ogółu, a strona ta naszego charakteru odbija się i w kwestyi ogólnego zdrowia dotyczącéj. Ponieważ nas nie stać na to, aby stworzyć coś co we Francyi lub Anglii istnieje i w tamtejszych warunkach prosperuje, więc opuszczamy ręce, nic robimy nic, odkładając naglące sprawy do lepszych czasów, które jak doświadczenie uczy coraz rzadziéj przychodzą. Przykład sąsiednich Węgier powinien być dla nas bardzo pouczającym; potworzono tam na zagraniczną modłę liczne okręgi lekarskie z płacą po 400 i 500 zlr., zapominając o téj tylko na pozór drobnéj okoliczności, że wprawdzie parę tysięcy ludności francuzkiéj lub angielskiéj a węgierskiéj to na cyfrę jedno i to samo, ale w rzeczywistości zupełnie co innego. Skończyło się więc na têm, że mnóstwo posad, choć lekarzy nie brakło, nie znalazło kompetentów, a z już obsadzonych dosyć znaczna część opuszczoną została, tak, że z takim trudem świéżo wprowadzona instytucyja szybkiéj reformy potrzebuje. Trudno bowiem żądać od lekarza, aby w niewielkim okręgu ograniczony prawie do szczupłéj pensyi wytrwał na stanowisku.

Nie brak lekarzy, ale niestósowne ich rozdzielenie jest przyczyną dzisiejszych narzekań na trudność w uzyskaniu pomocy lekarskiéj tam, gdzie jéj najbardziéj potrzeba. Lekarze skupiają się po miastach ze szkodą ludności wiejskiéj, ale do tego zmusza ich tylko *dura necessitas*, a nie jakieś inne powody. Niech tylko wejdzie w życie instytucyja lekarzy gminnych, a stosunek ten natychmiast zmieni się na lepsze. Przy dzisiejszym upadku ekonomicznym, ciemnocie i braku samowiedzy u naszego ludu, jeden lekarz na 14 tysięcy ludności długo jeszcze będzie wystarczającym i wcale pracą nie przeciążonym. A cóż łatwiejszego następnie, jak w miarę budzącéj się potrzeby pomniejszać okręgi, zwiększając ilość posad. O brak lekarzy troszczyć się téż wcale nie trzeba, odkąd przyszłość lekarza nie będzie jak dziś spoczywać na niepewnych falach kapryśnego losu. Kandydatów do stanu lekarskiego z pewnością nie braknie. Stary nasz wydział lekarski bez obawy obejmie jeszcze raz tak liczną ilość uczniów a gdy przyjdą takie dla ludności i lekarzy szczęśliwe czasy, że i to nie wystarczy, wtedy dopiero założenie drugiego wydziału lekarskiego będzie koniecznêm następstwem rzeczywistéj potrzeby. Lepiéj jest nie zwlekając stworzyć instytucyję choćby nawet niedostateczną, bo ją następnie ulepszać i do doskonałości powolnie doprowadzić będzie można, niż nic nie robić lub szukać dróg, które mogą wywołać jeszcze większy zamęt w dzisiejszych i tak już nie do pozazdroszczenia stosunkach lekarskich, ale do celu, do wytworzenia rzeczywistéj i skutecznéj opieki dla ludu, z pewnością nie prowadzą. „Nie odrazu Kraków zbudowano“ mówi stare ale prawdziwe przysłowie.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 stycznia. Po stanowczém zrzeczeniu się dotychczasowego, zasłużonego przewodniczącego prof. Korczyńskiego Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. na posiedzeniu swém w d. 17 bm. odbytém wybrała na lat trzy przewodniczącym Dra Wład. Ściborowskiego, jego zastępcą docenta Dra Stan Pareńskiego, a sekretarzem Dra Smoleńskiego.

* Z Nru 3 *„Kroniki Lekarskiéj“* dowiadujemy się, że w Nrze 1 czasopisma *„Wracz,“* który w Petersburgu się ukazał, znajdują się streszczenia z pism lekarskich polskich. Przykład to naśladowania godny — dla czasopism polskich. *Kronika Lekarska* nie odpowiada na zarzut uczyniony jéj przez nas

w Nrze 1 Przegl Lek. co do pominięcia pracy kol. Rydygiera i zdaje się być konsekwentną w pomijaniu prac polskich, skoro w Nrze 3 zdaje sprawę z rozprawki kol. Koehlera o borocytrynianie magnezyi według *Berl. klin. Wochft.* Nr. 44, nie wiedząc o tém, że ta sama rozprawa najprzód była ogłoszoną w języku polskim, bo w Nrze 26 Przegl. Lek. W interesie piśmiennictwa naszego zwracamy ponownie uwagę młodéj naszéj koleżanki na to niestósowne postępowanie, którego w ciągu nader krótkiego swego żywota już po raz drugi składa dowód; nie przypuszczamy jeszcze tendencyjności, bo takowa szkodziłaby nie Przeglądowi Lek., lecz piśmiennictwu naszemu, którém przecież *Kronika* opiekować się przyrzekła, przeciwnie spodziewamy się jeszcze przyznania się do błędu i poprawy.

Wiedeń. Rada sanitarna dolno-austryjacka obrała przewodniczącym swoim dyrektora Lorinsera, a jego zastępcą lekarza powiatowego Witlacila.

* **Czerniowce.** Na rok bieżący wybrani zostali w tutejszém Tow. lekarskiém przewodniczącym Dr. Wojciech Kasprzycki, jego zastępcą lekarz pułkowy Dr. Włodzimierz Załoziecki, do Wydziału: Drowie Ludwik Strzelecki, Stanisław Czerkawski, Józef Lazarus, Wojciech Uszyński (biblijotekarz) i W. Beldowicz (podskarbi). Towarzystwo liczy 35 członków honorowych, 68 czynnych i 12 korespondentów.

W Czerniowcach utworzono stałą Komisyję sanitarną miejską, w skład któréj wchodzą: burmistrz jako przewodniczący, dwaj członkowie Rady gminnéj (jednym z nich jest Dr. Kasprzycki), fizyk miejski (Dr. Plohn), drugi lekarz miejski, prymaryjusz szpitala powszechnego (Dr. Wolan), dwaj delegaci Tow. lekarskiego (Drowie Wolczyński i Schecht), chemik, technik, prawnik i weterynarz.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Walery Podwysocki, asystent przy zakładzie farmakologicznym w Dorpacie, mianowany został docentem w tymże uniwersytecie. — Dr. Alfred Fournier mianowany został profesorem kliniki chorób skórnych i kiłowych w Paryżu, a Dr. Poincaré profesorem higijeny w Nancy.

* **Wiadomości osobowe.** W dniu 17 bm. otrzymał w Uniw. Jagiell. stopień Dra wszech nauk lekarskich p. Jaworski Bolesław Jan rodem z Rytwian.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarli lekarze szpitalni Herbelin i Vigne, zaraziwszy się pierwszy dyfteryją, ostatni ospą. — W Dijon umarł Dr. Lavalle, b. dyrektor szkoły tamecznéj lek. licząc lat 60. — W Londynie † Henryk Hancock znany chirurg i b. prezes kolegijum chirurgicznego w 71 roku życia. — W Afganistanie zmarł z zapalenia płuc Dr. Joshua Henryk Porter, naczelny lekarz wojska angielskiego, walczącego w kraju wspomnionym. Porter odbył jako lekarz wszystkie ważniejsze kampanije, jak w Indyjach w r. 1857 i 58, wojnę niemiecko-francuską itd.

* **Konkurs.** W roku 1876 zmarł w Goerbersdorfie na Szląsku pruskim Roman Kowalewski, ordynator kliniki chirurgicznéj warszawskiego Uniwersytetu, lekarz niezwykłych zdolności, młodzieniec pełen poświęcenia, odznaczający się niezwykłą prawością charakteru, poważany od kolegów, ceniony od starszych. Przekonany o nieuleczalności swéj choroby piersiowéj na tydzień przed śmiercią dał zlecenie swemu koledze akademickiemu i przyjacielowi Drowi Władysławowi Matlakowskiemu i matce swéj Olimpii, by pozostający po nim medal złoty, otrzymany za rozprawę konkursową „o pochodzeniu zaczątków narządów moczopłciowych“ oddać komuś w nagrodę za naukową pracę. Medal ten po poprzedniém ocenieniu przez jubilerów warszawskich nabył z wiedzą p. Olimpii Kowalewskiéj p. Piotr Niedźwiecki lekarz ze Saratowskiéj gubernii, nie chcąc by pamiątka po zmarłym przeszła do rąk obcych i zapłacił za takowy 120 rs., tj. kilka rubli po nad wartość tegoż.

Ztąd powstał fundusz 150 zlr., złożony obecnie w kasie Oszczędności krakowskiéj, który w dniu 1 stycznia 1882 r. wynosić będzie 165 zlr. w. a.

W wykonaniu więc ostatniéj woli śp. Romana Kowalewskiego w porozumieniu z Drem Władysławem Matlakowskim, ordynatorem kliniki chirurgicznéj ces. Uniwersytetu warszawskiego i przez tegoż upoważniony, rozpisuję niniejszém konkurs na nagrodę w kwocie 165 zlr w. a. za najlepsze dzieło treści lekarskiéj lub przyrodniczéj nadesłane w rękopiśmie Stowarzyszeniu do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie najpóźniéj do d. 1 grudnia 1881 r., lub wydane przez to Stowarzyszenie do dnia ogłoszenia konkursu aż po dzień 1 grudnia 1881 r.

Oceną zajmie się osobny komitet, którego skład późniéj ogłoszonym zostanie. Praca musi być oryginalna, obejmować całość przedmiotu i odpowiadać w zupełności spółczesnemu stanowisku nauki. Podstawę do ocenienia stanowić będzie nie objętość dzieła lub wybór przedmiotu, lecz jedynie wartość naukowa.

Gdyby nagroda przyznaną została pracy drukiem nie ogłoszonéj, rękopism zostaje własnością autora, który jednak pozostawić musi Stowarzyszeniu wydawniczemu prawo pierwszeństwa do nabycia na własność i do wydania nagrodzonego dzieła. W takim razie na wstępie książki ogłoszony będzie krótki życiorys śp. Kowalewskiego.

Pisma lekarskie polskie upraszam uprzejmie o powtórzenie niniejszego ogłoszenia.

Kraków dnia 15 stycznia 1880 r.

Prof. Korczyński.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* od Nr. 17—26 włącznie z r. 1879, (numery te doszły nas dopiero d. 17 bm.): Wolberga: O wpływie boraksu na trawienie; Perkowskiego: Rak prawéj szczęki górnéj (dok.); J. Cohna (z kliniki prof. Lambla): Gastromycosis jako objaw raka żołądka; prof. Dogiela: Poszukiwania farmakologiczne nad działaniem niektórych jednoatomowych nasyconych alkoholi (c. d.); Jasińskiego: Dzisiejsze stanowisko ortopedyi; Perkowskiego: Mały przyczynek do następstw rdzenio-kostnego zapalenia kończyn; Święcy: Dwa przypadki wrzodu śledziony zakończone zupełném wyzdrowieniem chorych; Neugebauera: Kilka słów o zabłąkaniu się wianków macicznych do pęcherza moczowego; Goldflama (z kliniki prof. Lambla): Uwiąznięta przepuklina zaotrzewna kresek okrężniczych. (Uwaga: Pomiędzy przesłanemi nam numerami znajduje się Nr. 21 tomu XXVI zamiast tomu XXVII, z tego powodu nie znamy treści Nru 21 z d. 22 listopada 1879). — W *Medycynie* Nr. 3: Dunina: Trzy przypadki cierpienia mózgu. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 3: Talki: Wyniki badań ostrości wzroku (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Prof. A. Tamassia (w Pawii). Sull'azione tossica dell' acido folfidrico. Ricerche sperim. di medicina forense. (Osobne odbicie z Rivista sper. di fren. e med. leg.). Reggio, 1880, w 8ce, str. 39.

Jahres-Bericht des Vereins der Aerzte in der Bukowina p. 1879, XIII Jahrg. Czernowitz, 1880, w 8ce, str. 11.

Piśmiennictwo lekarskie. GUÉRIN J. Étude sur l' intoxication purulente. gr. 8. Paris, Masson. Fr. 3½.

GUIBOUT E. Nouvelles leçons cliniques sur les maladies de la peau 8 Paris, Masson. Fr. 10.

GUILLON père F. G Contributions à la chirurgie des voies urinaires. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 5.

GUSSEROW A. Zur Geschichte u. Methode d. klin. Unterrichts 8. Berlin, Hirschwald. 8. 1.

HALLER A. Théorie générale des alcools. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 3.

HARLIN C. Zur Casuistik p. Amputationen d. Cervix uteri i d. Schwangerschaft. Diss. 8. Tübingen, Fues. M. 50.

HELLER Dr. Specielle Pathologie und Therapie d. Krankheiten d. peripheren Nerven, gr. 8. Wien, Braumüller. M. 6.

HYRTL J. Das Arabische u. Hebräische i d. Anatomie. gr. 8 Wien, Braumüller. M. 12.

JAEGER A. Beiträge z. Casuistik d. Kleinhirntumoren. gr. 8 (Diss.) Tübingen, Fues. M. 1.

JAESCHE E. Das räumliche Sehen. M. Taf. et Holzschn. Lex. 8. Stuttgart, Enke. M. 4.

JOINE A Programme du cours de thérapeutique et d. matière médicale. Paris, Masson Fr. 1.

KAHLER O. et A PICK. Beiträge z. Pathologie u. pathol. Anatomie d. Centralnervensystems. M. 3. Taf. (Aus: „Prager Vierteljahrsschrift.“) gr. 8. Leipzig, Hirschfeld. M. 3.

KALISCHER S. Die Farbenblindheit. 8 Berlin, Hempel. M. 1·20.

KAMM M. Beitrag z. Lehre v. d Gesichtslagen. Diss. gr. 8. Breslau, Koebner. M. 1.

Katechismus, kleiner, über d. Nothwendigkeit u. Möglichkeit e. radikal Reform d. Irrenwesens. gr. 8. Wien, Seidel et S. M. 80.

KELLERMANN M. Anatom. Untersuchg. atroph. Sehnerven. M. 1 Taf. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 1·20.

KISCH E. H. Die Heilquellen und Curorte Böhmens. M. 1 Karte. 8. Wien, Braumüller. M. 5.

KLEIN S. Lehrbuch d. Augenheilkunde. M. 45 Holzschn. gr. 8. Wien Urban et Schw. M. 12.
KÖHLER H. Aerztliches Recept Taschenbuch. 8. Leipzig, Voss M. 4. geb M. 5.
KOHLSCHÜTTER E. Die Ursachen des Todes. Vortrag. 8. Halle, Niemeyer. M. 60.
KOELLIKER A. Embryologische Mittheilungen. (Aus: „Festschr d. naturf. Ges. z. Halle") M. 2 Taf. gr. 4. Halle, Niemeyer. M. 1·60.
KRAFFT-EBING R. v. Lehrbuch d. Psychiatrie. 1 Bd. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 6.
KÜHNE W. Ueber d. Verhalten d. Muskels. z Nerven (Aus „Verhandl d. naturhist.-med. Vereins. z. Heidelberg.") gr 8. Heidelberg, Winter. M 80.
LAZAR G. Ueber doppelseitige Lähmung d. Glottis-Erweiterer (Diss.) gr. 8. Breslau, Koebner. M. 1.
LEGRAND du SAULLE Dr. Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie. 8. Paris. Delahaye. Fr. 9
LEMKE C. Ueber das Verhalten d. Bacillus anthracis zum Milzbrand. Diss gr. 8 Göttingen, Vandenhoeck et R. M. 60.
LEUCKART R. Die Parasiten d. Menschen. u. d. von ihnen herrühr. Krankh. 1 Bd. 1 Lfg. M. Holzschn. 2 Aufl. gr. 8. Leipzig, Winter. M. 6
LORINSER F. W. Ueber Verhütung d Krankh. Vortrag. gr. 8. Wien, Braumüller. M 60.
MAGNUS H. Die methodische Erziehung d. Farbensinnes. M. 1 Taf. u. 72 Farbenkärtchen. gr. 8. Breslau, Kern's Verl M. 6.
MAUTHNER L. Vorträge a. d. Gesammtgebiete d. Augenheilkunde. M. Holzschn. 3. Hft. gr. 8. Wiesbaden, Bergmann. M. 1 60.
MAYER S. Studien z. Physiologie des Herzens u. d. Blutgefässe. 6. Abhandlg. (Aus: „Sitzungsber d. K. Akad. d. Wiss.") Lex. 8. Wien, Gerold's Sohn. M 60
MOLESCHOTT J. Licht u. Leben. Rede. 3. Aufl. 8. Giessen, Roth. M. 1.
MOREL C. Traitè élémentaire d'histologie humaine. 3. éd. Avec 36 planches. 8 Paris, J. B. Ballière et fils. Fr. 16.
MOURE E. J. De la Syphilis et de la phthisie laryngées au point de vue du diagnostic. 8 Paris, Delahaye. Fr. 4.
MÜLLER W. Untersuchungen üb. d Verhalten d. Lymphdrusen bei d. Resorption v. Blutextravasaten. Diss. gr. 8. Göttingen, Vanderhoeck et R. M. 80.
OIDTMANN H. Die Bedeutung d. Rohwolle u. d. Lumpen f. d. internat. Wanderzüge d. Pockenseuche. M. 1 Taf. Fol. Leipzig, Gracklauer. M. 3.
OPÉRATION l' césarienne aux États-Unis. Trad. par le dr. G. Eustache. 8. Paris, Delahaye. Fr. 1½.
OETTINGER G. v. Die indirecten Läsionen d. Auges b. Schussverletzungen d. Orbitalgegend. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 2.
PANSCH A. Grundriss d. Anatomie d. Menschen. 1 Abth. 2 Hft. M. Holzschn. gr. 8. Berlin Oppenheim. M. 1.
PERLS M. Lehrbuch d. allg. Pathologie. 2. Thl. gr. 8 Stuttgart Enke. M. 10.
PFLÜGER Prof. Augenklinik in Bern. Bericht üb. d. J. 1878. gr. 8. M. 1·20.
PISSIN Dr. Bericht üb. d. 14 jähr. Wirksamkeit d. Impf-Institutes f. animale Vaccination. gr. 8. Berlin, Hempel. M. 1·20.
PLOTKE L. Ueber d. Verhalten d. Augen im Schlafe, Diss. gr. 8 Breslau, Koebener. M. 1.
POLITZER L. Ueber d. Pflege d. kranken Kindes. Vortrag. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 60.
PUSCHMANN Th. Alexander v. Tralles. E. Beitr. z. Geschichte d. Medicin. 2. Bd. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 20.
RANVIER L. Technisches Lehrbuch d. Histologie. Uebers v. W. Nicati et H. v. Wyss. 5. Lfg. M. 53 Holzschn. gr. 8. Leipzig, Vogel. M. 3.
RAUBER A. Ueber d Ursprung d. Milch u. d. Ernährung d. Frucht im allgemeinen. Mit 2 Tfln. gr. 8. Leipzig, Engelmann. M. 2·40.
RIEDINGER Dr. Chirurgische Klinik i. kgl. Julius-Hospital zu Würzburg v. 15. Juni 1877 bis 28. April 1878 M. Tfln. u. Holzschn. gr. 8. Würzburg, Staudinger. M 10.
RIEMER B. Ueber d. Winterkurort Davos u. s. Indicationen. Vortrag. M. 1. Taf. gr. 8. Leipzig, igand. M. 1.
SCHLOSSBERGER H. Pilocarpin als wehenerregendes u. wehenbeförderndes Mittel. Diss. gr. 8. Tübingen, Fues. M. 60.
SCHNEIDER F. C. et A. VOGL. Commentar z. österr. Pharmacopoe. 3. Aufl. M. Holzschn. 1. Thl. 2 Lfg. gr. 8. Wien, Manz. M. 3·60.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego.
W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w **Austryi** 8 złr. 80 c.	w **Król. Polskiem** i **Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 31 stycznia 1880. **№ 5.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. Z zakładu fizyjologicznego prof. Dra Piotrowskiego w Krakowie. SMOLEŃSKI. Inhalacyje rozpylonych płynów jako sposób wprowadzania leków do miąższu płucnego. — II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech. PONIKŁO. IV. Suchoty i gruźlica (C. d.) — III. KROWCZYŃSKI. Leczenie wiewióra przewlekłego. (C d.) — IV. *Oceny i sprawozdania*: MORDHORST. Przyczynek do nauki o powstawaniu zołzów i suchót płucnych. Sprawozdanie Dra Smoleńskiego. — ADAMKIEWICZ. LAWSON ESMARCH. BOUCHARDAT. MAGNUS. — *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Posiedzenia towarzystw:* Towarzystwo lekarskie krakowskie. — Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. — VI. *Odcinek:* OETTINGER. Kilka wyjątków z księgi Hippokrata: O powietrzu, wodach i miejscach. (Dok.) — ROLLE. O błonicy *(diphtheritis)* panującéj nagminnie na Podolu. List II. — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Z zakładu fizyjologicznego prof. Dra Piotrowskiego w Krakowie.

Inhalacyje rozpylonych płynów jako sposób wprowadzania leków do miąższu płucnego.

Studyjum doświadczalne

Dra **Stanisława Smoleńskiego.**

Miejscowe stósowanie leków w chorobach miąższu płucnego (przeważnie suchót płucnych) sposobem wziewań, zwłaszcza środków lotnych, nie jest bynajmniéj zdobyczą naszych czasów. Już Reid i Beddoës, później Berguis a za nimi wielu innych zalecali praktykowane do niedawna przebywanie suchotników w stajniach, upatrując w takiém lekowaniu zbawienny wpływ wilgotnego ciepła, amonijaku i bezwodnika węglowego; w końcu zeszłego wieku zaprowadził Rush wziewania smołowe, na początku bieżącego stulecia chwalili Gannal i Cottereau inhalacyje chloru, Reichenbach, M. Solon i inni kreozotu, Berton, Murray, Scudamore, późniéj Piorry par jodowych, Chantroule kazał suchotnikom palić tak zwane cygara jodowe, Huette wziewać eter jodowy, Tournbull etyl jodowy itd. Ze środków lotnych stósowanych lub polecanych w nowszych czasach wspomnę tu tylko o wziewaniach terpentynowych i olejku sosny francuskiéj (przynajmniéj w pewnych postaciach suchót) i w najnowszym czasie wziewanie azotu (Steinbrück, *Memorabil.* 1878, Nr. 6).

Jeżeli pominiemy tu zachwalany przez jednych (Beneke itd.) a potępiany przez innych (Rochard, Boudin, Requin, Bowditch) klimat morski, którego skuteczność pierwsi, a szkodliwość drudzy, tłumaczą wpływem wilgotności powietrza i unoszącéj się w niém soli morskiéj na sprawę chorobową płuc, jeżeli również nie uwzględnimy tu zalecanego przebywania suchotników w pobliżu warzelni solankowych (Schönlein, Tollberg, Prieger i inni), to powiedzieć można, że stósowanie inhalacyj leków płynnych w suchotach płucnych należy do najnowszych czasów, gdyż do niedawna używano takowych prawie wyłącznie w chorobach pierwszych dróg oddechowych, nie zaś samego miąższu płucnego. Pierwsze próby dotyczące użycia metody inhalacyjnéj leków płynnych w suchotach były z jednéj strony naturalnym wynikiem panującego dziś w terapii dążenia do miejscowego stósowania leków, z drugiéj zaś następstwem najnowszych zapatrywań naukowych na przyrodę suchót płucnych. Odkąd zaczęła kiełkować myśl, że „gruźlica“ zawdzięcza swe powstawanie rozwojowi pewnych żyjątek pasorzytniczych w płucach, nic dziwnego, że lekarze przeciwko chorobie téj zaczęli próbować leków odznaczających się własnościami przeciwgnilnemi i niszczącemi najdrobniejsze organizmy, podając takowe najprzód wewnętrznie, a gdy oczekiwania zawiodły, sposobem wziewań. W téj myśli już w r. 1871 Rothe stósował w suchotach płucnych inhalacyje roztworu kwasu karbolowego, dzierżącego wówczas berło pomiędzy lekami antiseptycznemi, inni (Otto, Müller) próbowali lub polecali w tym względzie kwas salicylowy, boraks itp.

Gdy w r. 1875 Salkowski (*Berl. klin. Wochenschrft* Nr. 22) a po nim Fleck i Bachholtz wykazali antiseptyczne własności kwasu bedźwinowego, przewyższającego pod tym względem kwasy karbolowy i salicylowy, lekarze praktyczni nie omieszkali korzystać i z tego środka w leczeniu suchót płucnych za pomocą inhalacyj. To też w tym samym już roku Dr. Kaczorowski z Poznania powiada (O zastósowaniu terapii do teoryi pasorzytniczéj, Pamiętnik II Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich odbytego we Lwowie 1875 r.), że „leku tego (kwasu bedźwinowego) doświadczał w celach przeciwpasorzytniczych,“ między innemi „w zapaleniach płuc ostrych i przewlekłych, krupowych czy nieżytowych, gdyż środek ten desinfektuje kanaliki płucne,“ oraz podał w tym celu przyrząd do inhalacyj przeciw nieżytowym cierpieniom płuc, przepowiadając kwasowi bedźwinowemu wielką przyszłość.

Trzeba było jednak nowego pochopu ze strony teoretycznéj, by lekarzy zachęcić do dalszych i rozleglejszych w tym kierunku prób i doświadczeń. Bodźcem takim były wywody naukowe Klebsa, który doszedłszy na podstawie poszukiwań tak doświadczalnych jako i drobnowidowych do przypuszczenia, że gruźlica należy do chorób zakaźnych, że powstawanie jéj odnieść należy do pewnych żyjątek, które dostawszy się do ustroju ludzkiego tamże się rozmnażają, wyraził zarazem swe zapatrywanie, że w leczeniu chorych cierpieniem tém dotkniętych winniśmy stósować środki mogące zniszczyć powyższe żyjątka pasorzytnicze (Klebs: *Ueber die Umgestaltung der medic. Anschauungen in den letzten 3 Jahrzehnten* i *Ueber Tuberculose, Amtl. Bericht der 50 Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte in München 1877*). Niebawem téż zabrał się Schüller w Gryfii (*Ueber therap. Versuche bei mit tuberculösen etc. Massen inficirten Thieren, Arch. f. experim. Pathol. und Pharmak. T. XI*) do sprawdzenia powyższych poglądów Klebsa drogą doświadczeń terapeutycznych na zwierzętach. Zaszczepiając zwierzętom masy gruźlicze pod skórę (sposób Klebsa) lub wprowadzając takowe przez ranę w tchawicy do narządu oddechowego, stwierdził, że zwierzęta te schorzałe ginęły po pewnym czasie bez wyjątku śród objawów ogólnéj gruźlicy; jeżeli jednak opierając się na podstawie postrzeżeń Browna, według którego bedźwinian sodowy niszczy grzybki błonicowe, stósował Schüller u zwierząt okazujących przypady sztucznie wywołanego schorzenia gruźliczego inhalacyje z roczczynu bedźwinianu sodowego (w stosunku 1 grm. leku na 1000 grm. ciężaru ciała na dobę), natenczas zwierzęta te nie ginęły, lecz przybierały na wadze i wracały do zdrowia. W ślad za doświadczeniami Schüllera, Mosler, Hueter w Gryfii i Rokitański w Innsbruku stósowali systematycznie wziewania roczczynu bedźwinianu sodowego u ludzi suchotami płuc dotkniętych. Dwaj pierwsi do ujemnych zdaje się doszli rezultatów, natomiast nader świetne wyniki takiego lekowania w klinice Rokitańskiego, ogłoszone przez Dra Kroczaka, zajęły naturalnie w wysokim stopniu świat lekarski, tém bardziéj, że sam sposób owego „tymczasowego doniesienia“ musiał budzić wiele wątpliwości, a doświadczenia innych klinicystów zaprzeczyły wręcz wszelkiéj skuteczności wziewaniom bedźwinianu sodowego w suchotach płucnych (Sokołowski, Guttmann, Wenzel, Drasche, Halla i t. d.).

Tyle co do historycznego przebiegu kwestyi, która skłoniła mnie, nie do roztrząsania leczniczéj wartości inhalacyj bedźwinianu sodowego lub tp. w suchotach płucnych, lecz do zastanowienia się ze stanowiska fizyjologicznego nad wziewaniami rozpylonych cieczy w ogólności.

Jeżeli bowiem tak w doświadczeniach Schüllera jako i zabiegach terapeutycznych wzmiankowanych lekarzy przewodnią myślą i zamiarem było przeciwprątkowe miejscowe leczenie suchót płucnych i w tym celu posługiwano się wziewaniami rozpylonego leku ciekłego, to tém samém przypuszczano niechybnie, że lek w ten sposób może dojść aż do samego miąższu płucnego zajętego sprawą chorobową. A jednak wbrew zdaniu Waldenburga, Draschego i innych powiedzieć trzeba, że kwestyja, ażali płyny rozpylone za pomocą wziewań dostają się do miąższu płucnego, nie jest bynajmniéj zasadniczo i ściśle rozstrzygniętą.

Sprawę tę, omawianą już dawniéj przez Trousseaua, Störka i innych, podjął ponownie Schnitzler (*Wien. med. Presse* 1879, Nr. 42) i na podstawie tak nowszych jak i dawniejszych doświadczeń doszedł do wniosku, że część cieczy wziewanéj tylko w bardzo korzystnych warunkach dostaje się po za szparę głosową, że zaś do oskrzeli już nic nie dochodzi. Wyniki te trudno jednak uważać za zupełnie dokładne i ścisłe, jeżeli się zważy, że Schnitzler dawał do wziewania ludziom płyny barwiące (1% rozczyn garbnikanu żelazowego lub niebieski indykan karminu) i następnie śledził wziernikiem krtaniowym, jak daleko czarne lub niebieskie plamki po inhalacyi dostrzedz się dają. Można powiedzieć, że musiałyby to już być plamy nie plamki, abyśmy je przy sztucznem oświetleniu dokładnie zwłaszcza po za szparą głosową widzieć mogli; doświadczenia te nie dowodzą więc bynajmniéj, jakoby ciecz rozpylona przy wziewaniu nie miała dochodzić i do głębszych dróg oddechowych.

Jak wiele zależy tu od warunków oświetlenia, szerokości szpary głosowéj, a może i od mniéj lub więcéj dokładnego badania wziernikowego, dowodzą inne już nieco rezultaty Guttmanna, który powtórzywszy badania Schnitzlerowskie, oświadcza (*Berl. klin. Wchft* 1879, Nr. 49), że po jedno lub dwuminutowéj inhalacyi postrzegał nie tylko na więzadlach nalewkowo-nakrywkowych (*lig. ary-eppiglottica*) i głosowych. ale i „na pierwszych pierścieniach tchawicy“ osady barwne. Na téj podstawie Guttmann powiada, że ciecz wziewana przechodzi wprawdzie przez szparę głosową, że jednak małe już tylko ilości dostają się do tchawicy; nie przeczy wprawdzie *a priori* możebności dostawania się płynu wziewanego „do drobniejszych dróg oddechowych,“ ale namienia, że do tego potrzebaby o wiele dłuższego czasu niż się to dzieje przy wziewaniach w celach leczniczych.

Nie rozstrzyga również kwestyi w mowie będącéj zdanie Draschego (*Wien. med. Wchft.* 1879, 50—52), który na podstawie badań również tylko wziernikowych oświadcza, że płyn wziewany dostaje się „głęboko do oskrzeli;“ orzeczenie takie musi budzić pewne wątpliwości, gdyż nie wiadomo, jakim sposobem Drasche mógł dotrzeć wzrokiem aż do głębi oskrzeli.

Niektórzy znów lekarze, przed laty Trousseau, teraz znów Waldenburg i inni, uważają roztrząsanie kwestyi nas obchodzącéj za zbyteczne, gdyż według nich nauka o pylicy płuc i liczne doświadczenia choroby téj dotyczące każą przypuszczać, że i ciecz rozpylona przez inhalacyje do miąższu płucnego dostać się może.

Że suche pyły, zawieszone w powietrzu atmosferycznem, mogą w pewnych warunkach dochodzić aż do miąższu płucnego, czego domyślali się już Pearson (*Philosoph. Transact.* 1813, II, 159—171) i Laënnec (*Traité de l'auscultation médiate*, 1819, II, 34), na co póżniéj zwrócił uwagę Traube (*Ueb. d. Eindringen feiner Kohlentheilchen in das Innere des Respirationsapparates, Deutsche Klinik 1860*, Nr. 49 i 50, i 1866 Nr. 3), a co nareszcie rozstrzygnął Zenker (*Ueb. die Staubinhalationskrankheiten der Lungen, Deutsches Arch. f. klin. Medic.* T. II, 1866), nie ulega dziś żadnéj wątpliwości. Więcéj niż postrzeżenia anatomo-patologiczne i kliniczne obchodzą nas tu wszakże prace doświadczalne nad powstawaniem pylicy płuc u zwierząt. Z licznych badań w tym kierunku wspomnę tu tylko o najnowszych doświadczeniach Ruppertа (*Experiment. Untersuch. üb. Kohlenstaubinhalationen, Virch. Arch.* Tom 72) i Insa (*Experiment. Untersuch üb. Kieselstaubinhalationen. Arch. f. exper. Pathol. und Pharmak.* T. 5). Wyniki dodatnie prac tych mają jednak w kwestyi nas obchodzącéj bardzo względną tylko

wartość, najprzód ponieważ trzebaby pierwéj rozstrzygnąć, czy rozpylone ciecze zachowują się pod tym względem tak samo jak delikątny pył suchy, a powtóre ponieważ powyżsi badacze w celu otrzymania dodatnich rezultatów wystawiali zwierzęta przez długi stosunkowo czas na wpływ powietrza w tak wysokim stopniu pyłem przepełnionego, że zdrowy człowiek rychlejby się może udusił, zanimby w jego plucach powstać mogły wybitne zmiany pylicy. Tak Ins trzymał psy w skrzyni prawie szczelnéj, w któréj utrzymywał gęste tumany pyłu, przeciętiowo przez 3 godziny dziennie i takie trzygodzinne „posiedzenia" odbywał najmniéj przez 7 dni z rzędu a dochodził i do 9 tygodni; Ruppert zaś doprowadzał do skrzyń, w których przebywaly zwierzęta, sadze kopcących lamp naftowych a gdy „sposób ten mało wpływał na narząd oddechowy i wątpliwe dawał rezultaty," zaniechał nadal tego łagodnego postępowania i sadze wprowadzał przez otwór w tchawicy. Tak samo postępował w doświadczeniach swoich Schottelius *(Experim. Untersuch. üb. die Wirkung inhal. Subst. Virch. Arch.* Tom 73.)

Chociażbyśmy zatém przypuścili, że rozpylone ciecze równie łatwo dostawać się mogą do pęcherzyków płucnych jak pyły suche, to i tak trudnoby przecież było w celach leczniczych wystawiać chorego na wpływ podobnych warunków, jak zwierzęta powyższych badaczów.

Nader małą również wartość mają dla nas doświadczenia Tappeinera (*Ueb. eine neue Methode Tuberculose zu erzeugen, Virch. Arch.* Tom 74). Fakt, że psy zamknięte w skrzyniach, do których badacz ten rozpylał wodę z domieszką plwocin suchotników, dostawały gruźlicy, nie dowodzi bowiem bynajmniéj, że cząstki plwocin dochodzą aż do pęcherzyków płucnych, gdyż inni wywoływali również zmiany ogólnéj gruźlicy u zwierząt, karmiąc je plwocinami suchotników (Schwenninger, Lippl itd.).

W obec takiego stanu rzeczy sądziłem, że tylko drogą doświadczenia fizyjologicznego przekonaćby się można dowodnie, czy i jak daleko płyny rozpylone za pomocą wziewań dostać się mogą do narządu oddechowego. W téj téż myśli przedsięwziąłem szereg doświadczeń na królikach w zakładzie fizyjologicznym Prof. Dra Piotrowskiego, któremu miło mi na tém miejscu złożyć podziękowanie za uprzejmą pomoc i radę.

Nie chodziło mi bynajmniéj o to, czy w ogóle możebném jest w jakikolwiek sposób wprowadzić za pomocą inhalacyj rozpylone rozczyny aż do pęcherzyków płucnych, lecz zamiarem moim było dociec, czy naśladując ten sam sposób inhalacyj, jaki się stosuje lub przynajmniéj stósowaćby można przy łóżku chorego, zdołamy wprowadzić lek aż do właściwego miąższu płucnego. Dla tego téż nie uważałem za stósowne zamykać zwierzę do szczelnéj skrzyni zasycanéj mgłą rozpylonéj cieczy, — nie stósowałem inhalacyj przez otwór w tchawicy, a trwanie poszczególnych inhalacyj ograniczałem zazwyczaj mniéj więcéj do czasu, przez jakiby i niejeden chory może podjął się podobnego wziewania.

Doświadczenia:

Dośw. I. Opiszę je szczegółowiéj, aby tém krócéj módz streścić następne.

Królik średniéj wielkości: przed doświadczeniem odpreparowano tchawicę tuż poniżéj krtani i przeciągnięto po za nią sznurek; do pyszczka założono rozworki, do inhalacyi użyto 5% rozczynu żelasinku potasowego *(ferro-kali cyanatum)*; przyrząd inhalacyjny Sieglego bez lejka. Inhalacyja trwała bez przerwy przez 15 min., otwór rurki rozpylacza oddalony na 10—25 cm. od pyszczka królika. Przez cały czas królik utrzymywany w postawie pionowéj (oparty na tylnych nogach) oddychał dość swobodnie i spokojnie. Po 15 min. (do inhalacyj wyszło około 120 grm. rozczynu) zaciśnięto sznurkiem tchawicę (w celu zapobieżenia pośmiertnemu spływaniu cieczy z połyku itd. do dróg oddechowych), natychmiast rozpruto powłoki brzuszne, nakłuto przeponę, wycięto kawałek dolnego płatu lewego płuca i dano do rurki odczynnikowéj. Po dodaniu paru kropel rozczynu półtora chlorku żelaza nie okazał się ani ślad reakcyi. — Takiż kawałek dolnego płatu pluca prawego, zmiażdżony dokładnie w moździerzyku, nie okazał również wcale reakcyi. Otwarłszy klatkę piersiową odcięto tchawicę poniżéj ligatury i płuca w całości wyjęto. Prawe płuco cięto kolejno od dołu do góry w kawałki, badając je rozczynem półtora chlorku żelaza. Dopiero kawałki, przez które przebiegały oskrzele drugorzędne, okazywały bardzo słabą reakcyję. Oskrzel główny prawy zabarwił się dość wyraźnie niebiesko. Płuco lewe: idąc od tchawicy poprzecinano wzdłuż wszystkie gołém okiem dostrzegalne oskrzele i badano kolejno, dotykając w różnych miejscach pręcikiem szklanym, zwilżonym rozczynem żelaza. Oskrzel główny lewy barwił się dość wyraźnie (choć słabiéj niż prawy) niebiesko; oskrzele od niego odchodzące okazywały już bardzo słabą tylko reakcyję, najwyraźniéj barwiły się w ich świetle ujścia drobniejszych (trzeciorzędnych) oskrzeli, których błona śluzowa w dalszym przebiegu nie okazywała już wcale reakcyi. Błona śluzowa całéj tchawicy oddziaływała wyraźnie zwłaszcza w części górnéj; krtań silnie, połyk bardzo silnie, podobnie cała jama ustna. Błona śluzowa gardziela *(oesophagus)* oddziaływała w całym przebiegu wyraźnie, również i błona śluzowa żołądka przybierała wyraźnie barwę niebieską około wpustu, słabiéj na dnie *(fundus)*. Cienki skrawek płuca badany pod drobnowidem nie okazywał również wcale reakcyi. — Natomiast cały łeb zwierzęcia, klatka piersiowa, brzuch itd. pokryte były żelasinkiem potasu, który kroplami ściekał na ziemię.

Dośw. II. Królik dość duży; inhalacyja trwała przez 30 min. przy czém zużyto około 180 grm. 10% rozczynu nadżelasinku potasu *(ferrid-cyankalium)*. Zresztą jak w dośw. I. Natychmiast po zaciągnięciu tchawicy otwarto klatkę piersiową od strony jamy brzusznéj; wycięte kawałki dolnych płatów lewego i prawego płuca nie okazywały wcale reakcyi; początki oskrzeli trzeciorzędnych okazywały bardzo słabą reakcyję, barwa niebieska występowała dość już wyraźnie w oskrzelach drugo i pierwszorzędnych. W tchawicy i krtani oddziaływanie bardzo wybitne, połyk i jama ustna zawierały bardzo wiele nadżelasinku potasu, nie mniéj znajdowało się w gardzielu i żołądku a nawet (słabiéj) w początkach dwunastnicy.

Dośw. III. Inhalacyja trwała przez $^3/_4$ godziny, przyczém wyszło przeszło 250 grm. 10% rozczynu żelasinku potasu. Przeszło kwadrans stósowano inhalacyję w ten sposób, że prąd pary skierowany był ku szerszemu otworowi lejka szklanego, w węższy koniec lejka wprawiono rurkę szklaną około 25 cm. długą, któréj wolny koniec wprowadzony do połyku królika był odpowiednio łukowato zagięty, tak że prąd pary skierowany był wprost ku szparze głosowéj (późniéj przekonałem się, że prąd pary przepływający przez taką rurkę nie zawierał prawie nic żel. pot.), oprócz tego przyciskano przez cały czas inhalacyi język ku dołowi. Po zaciągnięciu tchawicy królik przestał żyć w 3 min., w 2 min. późniéj a więc w 5 min. po skończeniu inhalacyi kawałki dolnych płatów płuc znajdowały się już w rurce odczynnikowéj. Wynik badania jak w dośw. I.

Dośw. IV. W ciągu całogodzinnéj inhalacyi (z małemi przerwami) zużyto przeszło 300 grm. 5% rozczynu żelasinku potasu. Aby się przekonać, czy ułożenie królika podczas wziewania nie ma jakiego wpływu na wyniki doświadczenia, ułożono królika na boku. (W 3 poprzednich doświadczeniach królik stał na nogach tylnych). W celu usunięcia możliwego zarzutu, że ciecz ulega w drogach oddechowych bardzo rychło wessaniu, coby czyniło wątpliwemi wyniki badania, po 45 min. wsunąłem przez otwór w tchawicy rurkę szklaną, tak że wszystko powietrze przy oddychaniu przez nią przechodzić musiało. Wnętrze rurki zwilżyłem poprzednio rozczynem półtora chlorku żelaza. Po 15 min. zaciągnąłem tchawicę powyżéj rurki. Wnętrze rurki okazywało zaledwie dostrzegalny ślad barwy niebieskiéj, również i na błonie śluzowéj tchawicy w całéj jéj rozciągłości nieznaczna tylko reakcyja, a w oskrzelach głównych była już tylko bardzo słaba (wyraźniéj w oskrzelu prawym — królik leżał na boku prawym). W gardzielu natomiast i w żołądku bardzo silne oddziaływanie.

Z powyższych 4 doświadczeń nabrałem przekonania, że przy zwykłym sposobie wziewania płyn rozpylony dostaje się zaledwie (wyjątkowo) do począ-

tku trzeciorzędnych oskrzeli, oraz że na ilość oraz głębokość, do jakiéj płyn dochodzi, wywiera nie mały wpływ ułożenie zwierzęcia.

Podejrzywając, iż ujemny wynik poprzednich doświadczeń mógł poniekąd być zawisłym od tego, że królik oddychał nozdrzami, przez które oczywiście z powodu wąskości przewodów nosowych mało stosunkowo płynu mogło się dostać po za szparę głosową, w doświadczeniach następnych przez cały czas inhalacyi zatykałem otwory nosowe, tak że królik już tylko gębą musiał oddychać. Prócz tego utrzymywałem głowę zwierzęcia nieco ku tyłowi przechyloną a język uciskałem ku dołowi; nadto, aby ile możności zmniejszyć zawady, na jakie prąd pary natrafiać musiał z powodu małego stosunkowo otworu ustnego, nacinałem założywszy do pyszczka rozworki obydwa kąty ust na 1 cm., tak że w ten sposób otwór stawał się z rozporkowatego więcéj okrągłym a głąb jamy ustnéj i szpara głosowa dla prądu pary przystępniejszemi.

Dośw. V. Podczas 20-minutowéj inhalacyi zużyto około 150 grm. 5% rozczynu żelasinku potasu; królik w postawie pionowéj, przyrząd Sieglego przez cały czas znajdował się w odległości 10 cm. od pyszczka królika. Zaraz na początku inhalacyi postrzegłem, że oddech nie był równie spokojny jak w doświadczeniach poprzednich, ruchy oddechowe stawały się rychło coraz mozolniejsze (unoszenie się całéj klatki piersiowéj i zapadanie nadbrzusza podczas wdechu), głębokie i stosunkowo powolne. Po 10 minut słychać było wyraźne charczenia i rzężenia grubobańkowe. Po zasznurowaniu tchawicy (podczas sekcyi królik leżał na grzbiecie), natychmiast otworzyłem jamę brzuszną i naciąłem przeponę a wycięte skrajne kawałki dolnych płatów płuc okazywały na płaszczyznach przekroju wyraźne zabarwienie niebieskie po zwilżeniu rozczynem żelaza. Im bliżéj oskrzeli głównych, tém wyraźniejsza reakcyja. W płatach górnych oddziaływanie było wprawdzie słabsze ale dość wyraźne. W większych drogach oddechowych reakcyja bardzo wybitna. Zresztą dodać należy, że z przekroju miąższu płucnego wylewała się dość obfita ciecz pienista, która w sporéj ilości znajdowała się w tchawicy i większych oskrzelach, ciecz ta oddziaływała silnie na rozczyn żelaza.

Dośw. VI. To samo postępowanie, ten sam rezultat, w płatach górnych znacznie słabsza reakcyja niż w dolnych.

W dośw. V i VI (jak i pierwszych 4) do sekcyi układałem królika na grzbiecie; ażeby zapobiedz możliwemu podczas tego spływaniu płynu do górnych płatów, w następnych doświadczeniach otwierałem klatkę piersiową w téj saméj pozycyi, w któréj znajdował się królik podczas inhalacyi.

(Dok. nastąpi.)

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.
Choroby narządu oddechowego.
IV. Suchoty i gruźlica.

Opracował Dr. St. Ponikło,
Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Ze względu na objawy ze strony układu nerwowego zasługuje na uwagę następujący przypadek chorobowy nacieku sérowatego płuc powikłany z obrzękiem gruczołów chłonnych, szyjnych i następową gruźlicą prosowatą, który w skróceniu przytaczamy:

A. S., lat 30, ślusarz przybył w dniu 15/12 1874 do kliniki lekarskiéj, żaląc się na uporczywą, dniem i nocą trwającą czkawkę i ogólne osłabienie. Oprócz przebytego przed kilkunastu laty zapalenia płuc cieszył się aż do obecnéj choroby zupełném zdrowiem. Przed 3ma laty zauważył chory obrzmienie gruczołów chłonnych szyjnych i karkowych, które zwolna się powiększając doszło znacznego stopnia; mianowicie najznaczniéj powiększone gruczoły w okolicy nadobojczykowéj lewéj zamieniwszy się w ropień przedstawiały guz wielkości pięści, który przed 9u miesiącami przecięto. Równocześnie przecięto zropiały gruczoł na karku i takiż sam w okolicy podszczękowéj lewéj. Chory podaje stanowczo, że czkawka pojawiła się po raz pierwszy, kiedy wzmiankowany gruczoł w okolicy nadobojczykowéj doszedł przed zropieniem największych rozmiarów. Była ona zrazu tak silną, iż czasami przez kilka dni i nocy z rzędu nie opuszczała chorego; obecnie pojawia się codziennie, lecz przynajmniéj miewa niekiedy chory kilkugodzinną pauzę wolną od czkawki. Nadto doznaje od dwóch tygodni kaszlu i lekkiéj duszności.

Stan obecny: Mężczyzna wzrostu średniego, miernie odżywiony. Objawy lekkiego porażenia nerwu twarzowego po stronie prawéj — źrenica prawa nieco szersza — lekki zyz zbieżny oka prawego — zdwojone widzenie. Zresztą ruchy mięśni ocznych zachowane. Na szyi, mianowicie po stronie lewéj, skóra w licznych miejscach bliznowato ściągnięta przedstawia kilka drobnych otworów przetokowych o brzegach podwiniętych, prowadzących do licznych uchyłków w tkance podskórnéj, z których przy ucisku skąpa ilość ropy rzadkiéj wygnieść się daje. W okolicy nadobojczykowéj przy przednim brzegu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego obrzęk obły, wielkości orzecha włoskiego, przy dotyku twardy, nie przesuwalny. Godną uwagi rzeczą jest podanie chorego, jakoby za uciśnięciem tego obrzęku nieco silniejszém miał powstawać natychmiast napad czkawki; okoliczność tę rzeczywiście kilkakrotnie stwierdzono. — Klatka piersiowa po stronie prawéj w górnéj części nieco więcéj wypukłona i lepiéj poruszalna. Ruchy oddechowe bardzo płytkie, tor oddychania przeważnie przeponowy. Dołki nadobojczykowe zagłębione w równéj mierze po obu stronach. Wypuk wykazał lekkie stłumienie w obu szczytach z tyłu, nieco znaczniejsze po stronie lewéj, tudzież stłumienie w szczycie lewym z przodu — zresztą wszędzie odgłos wypukowy jawny pełny, — mierne obniżenie jawności wypukowéj dolnego brzegu płuca prawego. Przysłuch wykazał w szczycie lewym z przodu i z tyłu wdech słaby pęcherzykowy, obok nielicznych rzężeń drobnobańkowych, wilgotnych, wydech zaostrzony i przedłużony — w szczycie prawym wdech pęcherzykowy zaostrzony; zresztą wszędzie szmery oddechowe prawidłowe. Kaszel lekki z plwocinami śluzowo-ropnemi. Stłumienie sercowe prawidłowe, tony czyste. Tętno 80, rytm tętna nieregularny. Śledziona nieco powiększona. Łaknienie upośledzone, czasem nudności. Język obłożony; stolec nieregularny, czasem biegunka. Ciepłota prawidłowa.

Rozpoznano: zgęszczenie szczytów obu płuc, w znaczniejszém stopniu szczytu lewego, u osobnika zołzowego. Porażenie lekkie nerwu twarzowego i nerwu mięśnia oka prostego zewnętrznego odniesiono do prawdopodobnéj obecności guza gruźliczego na podstawie mózgu po stronie prawéj. Czkawkę tłumaczono uciskiem wywartym przez obrzmiałe gruczoły chłonne szyjne na nerw współczulny i następowym odruchem na nerw przeponowy. Ponieważ czkawka była głównym choremu dolegliwym przypadem, który go skłonił do szukania pomocy lekarskiéj usiłowano głównie walczyć przeciw niéj. Wszystkie jednak środki lecznicze używane, jak bromek potasu, morfin częścią wewnętrznie podawany, częścią podskórnie wstrzykiwany, chloral, chinin, azotyn amylowy, wreszcie prąd stały stósowany w przebiegu nerwu współczulnego, chwilową tylko ulgę sprawiały choremu. Najwięcéj słabły napady czkawki bezpośrednio po zastósowaniu prądu elektrycznego.

Chory przebywał w klinice przeszło przez 4 miesiące. Przez cały ten przeciąg czasu stan chorego w niczém się nie zmienił na lepsze. Owszem objawy fizyczne zgęszczenia szczytów stawały się coraz wybitniejszemi; stłumienie po stronie lewéj z tyłu postąpiło aż do kąta łopatki; szmery oddechowe stały się oskrzelowemi i pojawiły się w szczycie lewym rzężenia dźwięczne acz skąpe. Ciepłota przez cały przeciąg czasu była podgorączkowa. W tym stanie chory w dniu 10 Maja opuścił klinikę lekarską, jednak już po upływie 3ch dni powrócił do kliniki w stanie następującym: Sinica w wysokim stopniu, ciepłota obniżona, tętno przepuszczające; żali się na silny ból i zawrót głowy, ból w krzyżach, trudność przy oddawaniu moczu, nadto bolesność brzucha potęgująca się za najlżejszém dotknięciem, rozwolnienie. Tegoż samego dnia pod wieczór chory począł majaczyć, stracił przytomność, któréj już nie odzyskał. Umarł następnego dnia rano.

Oględziny pośmiertne po upływie 24 godzin uskutecznione wykazały co następuje: Zwłoki mężczyzny źle odżywionego — po-

włoka ogółu sinawa, podściółka tłuszczowa w znacznej części zanikła. Opony mózgowe prawidłowe, miąższ mózgu miernie przekrwiony W istocie białej płatu czołowego prawego znachodzi się guzek kulisty, wielkości ziarna grochu, złożony z masy szarawo-żółtej serowatéj, łatwo wyskrobać się dającéj, otoczony obwódką szaro-różową na 1/4 milim. szeroką. Komórki mózgowe rozmiarów prawidłowych. Gruczoły chłonne szyjne znacznie powiększone, twarde, zbite, masą serowatą naciekłe. Nerw spółczulny lewy jednym z gruczołów, tuż obok torebki wielkich naczyń szyjnych położonym uciśnięty w miejscu ograniczonéni, taśmowato przypłaszczony.

Płuco prawe w szczycie wiotko przyczepione do opłucnéj żebrowéj, powierzchnia szczytu bliznowato zaciągnięta, na przekroju uwydatnia się, iż blizna ta wnika na pół ctm. w miąższ płuca, poniżéj znachodzą się dwa ogniska serowate, wielkości ziarna grochu, otoczone szarą obwódką tkanki łącznéj. Płuco lewe przedstawia na przekroju liczne miejsca bezpowietrzne, różnokształtne, zlewające się wielokrotnie ze sobą, w licznych drobnych ogniskach rozpadające na masę szarawo-żółtą, serowatą. Na opłucnéj, tudzież w miąższu obu płuc bardzo gęsto rozsiane gruzełki prosowate. Serce rozmiarów prawidłowych, w jamach sercowych nieliczne skrzepy krwi, ciemno-czerwone, wiotkie, mięsień sercowy blady, połyskujący, kruchy. — Wątroba rozmiarów prawidłowych, torebka zrośnięta pasmami łączno-tkankowemi z przeponą, na rozkroju miąższ brunatno-czerwono i żółto marmurkowany, połyskujący, kruchy, wśród miąższu bardzo liczne gruzełki prosowate, tu i owdzie przez torebkę przeświecające. Śledziona miernie powiększona, wśród miąższu ciemno-czerwono zabarwionego, nieco zbitszego kilkanaście ognisk serowatych wielkości grochu, tudzież dość liczne gruzełki prosowate, częścią szare, częścią żółte. Nerki obie rozmiarów prawidłowych, miąższ blady niedokrewny, w istocie korowéj nerki lewéj guz serowaty, wielkości ziarna grochu, otoczony szaro-różową obwódką. Błona śluzowa żołądka i jelit przekrwiona, obfitą warstwą śluzu gęstego lepkiego pokryta. W jelicie biodrowém i ślepém kilka drobnych wrzodów kształtu nieregularnego, o brzegach podwiniętych, zgrubiałych, o dnie nierównem, tu i owdzie gruzełkami pokrytém. Rozpoznanie anatomiczne: *Phthisis p. utriusque, praecipue apicis pulm. sin. Scrophulosis glandularum lymphaticarum colli subsequente compressione nervi sympathici sinistri. Tumor tuberculosus lobi frontalis hemispherae cerebri dextrae. Tuberculosis miliaris acuta pulmonum pleurae hepatis lienis renum.*

Również znachodzimy w jednym z naszych przypadków inny objaw ze strony nerwu współczulnego, uciśniętego przez silne zrosty szczytu płuca. Było nim stale utrzymujące się rozszerzenie źrenicy oka lewego, u kobiety lat 43 liczącéj, okazującéj rozległe nacieki szczytowe obojga płuc. Sekcyja wykazała uciśnięcie lewego nerwu współczulnego silnemi zrostami opłucnowemi łączno-tkankowemi, przytwierdzającemi cały szczyt płuca silnie do opłucnéj żebrowéj. Zwój średni i dolny nerwu współczulnego były bardzo małe, twarde, badanie drobnowidowe wykazało przerost tkanki łącznéj wśród pierwocin nerwowych.

Co się tyczy gorączki, to znachodzimy w naszych przypadkach przykłady wszelkich możebnych torów gorączki. Pojedyncze formy suchót płucnych nie okazywały wcale wybitnéj, cechującéj różnicy w przebiegu gorączki. Tak wśród przebiegu przyostrego jak przewlekłego znachodzimy średnią ciepłotę raz wysoką, to znów stosunkowo dość niską; raz uważamy znaczne zwolnienia i eksacerbacyje, innym razem tor gorączki jest ciągły.

Jeden tylko wniosek ośmielamy się wyciągnąć z tablic gorączkowych naszych przypadków, mianowicie iż w tych okresach suchót płucnych, gdzie badanie wykazywało szybkie rozszerzanie się zmiany miejscowéj, gdzie więcéj należało się domyślać występowania świeżych nacieków, gdzie równocześnie objawy rozpadu mniéj na jaw występowały, czy się to odnosiło do przypadków więcéj ostro, lub więcéj przewlekle przebiegających, tor gorączki był słabo zwalniający, n. p. gdy ciepłota wieczorna wynosiła 39·5—40·0 C. ciepłota ranna dosięgała 38·5—39·5, nigdy zaś w tym okresie nie dosięgały zwolnienia ranne ciepłoty prawidłowéj. Średnia ciepłota była przytém zazwyczaj dość wysoka, od 38·5 do 39·0. Im więcéj zaś przeważały objawy rozpadu fizycznie wybadalne, tém bardziéj zbliżał się tor gorączki do typu przepuszczającego. Zwolnienia wynosiły od 1°C do 3°C a nawet 4° C i dosięgały częstokroć ciepłoty prawidłowéj lub niższéj niż prawidłowéj. W późnych zaś okresach cierpienia wśród szybko postępującego rozpadu uważamy przeważnie w naszych przypadkach tor gorączki trawiącéj, z remissyjami rannemi dochodzącemi do 36·0° C., gdy ciepłota wieczorna wynosiła 39·0°—40° C i więcéj. Temu torowi towarzyszyły najobfitsze poty rozpływne, najczęściéj nad ranem pojawiające się. Jeden tylko przypadek przedstawia obraz gorączki trawiącéj silnie przepuszczającéj ze zwolnieniami wieczornemi, we wszystkich innych zwolnienia były, jak zwykle, ranne. W przeważnéj liczbie przypadków używano ku uśmierzeniu gorączki leków przeciwgorączkowych, mianowicie 1) Chininu w dawkach od 1·00 do 4·00, 2) Salicynu od 4·00—10·00 pro die, 3) Kwasu salicylowego i salicylanu sodowego, 4) Rozcieku arszenikowego Fowlera, 5) Wstrzykiwań podskórnych bromku chininu w dawkach od 0·10—0·30, 6) Wstrzykiwań podskórnych 1% i 2% roczczynu kwasu karbolowego, 7) Wreszcie stósowano okłady lodowe na klatkę piersiową.

Ze wszystkich tych środków najlepsze względnie wyniki wydawało wewnętrzne podawanie chininu w większych dawkach. Wprawdzie najczęściéj obniżenie ciepłoty było tylko chwilowe, czasem ograniczało się jedynie do opóźnienia eksacerbacyi wieczornéj, jednak w dwu przypadkach, z których jeden dotyczył suchót płucnych przyostro przebiegających, udało się mimo postępu miejscowego cierpienia obniżyć ciepłotę na kilka dni (w jednym z tych przypadków na przeciąg czasu 10dniowy). Obniżenie ciepłoty wynosiło od 1° do 2° C. Po wstrzykiwaniach podskórnych bromku chininu w kilku przypadkach w ilości 0·10—0·30 stósowanych nie dostrzeżono żadnego obniżenia ciepłoty.

O skutkach wewnętrznego podawania salicynu na innem miejscu będzie mowa.

Okłady lodowe na klatkę piersiową były tylko kilka razy stósowane i w jednym przypadku nastąpiło widoczne obniżenie ciepłoty.

Doświadczenia z kwasem karbolowym podskórnie wstrzykiwanym (1 do dwóch strzykawek 1 gramowych 1% do 2% roczczynu) i podawanie rozcieku arszenikowego Fowlera wydały wynik zupełnie ujemny.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Leczenie wiewióra przewlekłego.

Napisał Dr. Ž. Krówczyński we Lwowie.

(Rzecz czytana na posiedz. sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Przekonani, że widzieć powinniśmy, spytajmy, na co zwracać mamy uwagę. Wprowadziwszy endoskop do którejkolwiek części cewki, odłączamy obie jéj ściany, które zazwyczaj przylegają do siebie. Ściany będą oddzielone nie tylko w tém miejscu, które odpycha endoskop, ale także na pewnéj przestrzeni wolnéj od ucisku endoskopu; to oddzielenie jednak musi się gdzieś skończyć i tam znowu będą

ściany cewki przylegały. Gdyby ściany cewki były linearne, utworzyłby się tym sposobem kąt, ponieważ zaś przekrój cewki jest obłym, powstaje przez to odcinek stożka, którego szerokie zakończenie przylega do ścian endoskopu, węższe zaś, wytworzone przyleganiem ścian, wskazuje kierunek przylegających ścian cewki. Odcinek tego stożka, nazwany po niemiecku *Trichter* lub *Konus*, będziemy nazywali dla krótkości stożkiem, na który przedewszystkiém uważać należy. Składa on się właściwie z dwóch odcinków, z których pierwszy jest utworzony z błony śluzowéj cewki wypuklonéj ku środkowi endoskopu, a drugi z sciany cewki zginającéj się od miejsca, gdzie endoskop się kończy, który nad wypukleniem się znajduje i w najwyższym obwodzie wypuklenia się gubi. Przyleganie ścian stożka w jego węższym końcu nie jest tak ścisłe, aby nie było widoczne, ale przeciwnie przedstawia się ono albo w postaci linii. albo w postaci zaokrąglonego otworu. Obraz ten, jaki powstaje przez przyleganie ścian, nazywać będziemy figurą środkową *(Centralfigur)*, która będąc najbardziéj oddalonym przedmiotem w obrazie musi być ciemniejszą niż reszta obrazu. Do pojęcia stożka brakuje nam jeszcze ścian jego, a te tworzą ściany cewki, które z lekka pochylają się ku środkowéj figurze i przez to powstaje odcinek stożka, którego przekrój przy otworze cewkowym endoskopu jest szerszy, a przy figurze środkowéj węższy, nieregularny, okrągły lub nawet linearny. Załamanie się błony śluzowéj od miejsca wypuklenia do miejsca, gdzie koniec endoskopu przylega, tworzy dalszy ciąg ścian drugiego odcinka. Własności stożka, jego ścian i środkowéj figury, decydują o stanie cewki i na ich własnościach opieramy rozpoznanie, czy błona śluzowa jest prawidłową, lub téż chorobowo zmienioną. Odcinki stożka, czyli stożek bywa rozmaity, krótszy lub dłuższy, szerszy lub węższy, a w każdéj chwili możemy go skrócić lub przedłużyć. Wciskając bowiem endoskop w kierunku ku pęcherzowi skracamy go znacznie, a im silniejszym jest ucisk endoskopu. tém więcéj wpychać się będzie szerszy przekrój stożka do wnętrza endoskopu. Przez silny ucisk możemy znieść zupełnie odcinek leżący poza otworem cewkowym endoskopu, a wpuklający się do środka endoskopu, a natomiast otrzymamy znaczniejsze wypuklenie błony śluzowéj, które również bywa odcinkiem stożka. W ten sposób otrzymany stożek bywa jednak krótszym i węższym, ale zarazem silniéj czerwono zabarwionym. Odwrotnie zaś rzeczy się mają przy wyciąganiu endoskopu, albowiem wówczas przedłużamy stożek, środkowa figura oddala się od przekroju stożka, ułożonego przy ujściu cewkowém endoskopu, wysokość stożka się powiększa, a ściany jego stają się bledsze. Od czegóż więc zawisły zmiany w postaci stożka, czyli w jaki sposób działa wciskanie i wyciąganie endoskopu? Wciskając utrudniamy odpływ krwi i tak już utrudniony uciskiem ścian endoskopu, a przez to powiększamy jéj ilość, która gromadząc się w utkaniu błony śluzowéj, a szczególniej w tkaninie podśluzowéj musi wypychać błonę śluzową ku wnętrzu endoskopu, gdzie żadnego oporu nie doznaje. Mając na uwadze przestwory błony podśluzowéj, w których dużo naczyń się gromadzi, pojmiemy nie tylko sztucznie wywołane przekrwienie, a ztąd czerwieńszą barwę i rozpulchnienie, zdradzające się wypukleniem błony śluzowéj, ale w ogóle zmienioną postać stożka. Wyciągając endoskop sprawiamy, że ucisk rury jest największym w miejscu zakończenia cewkowego endoskopu, któryto ucisk z równoczesném przedłużeniem ścian, wywołuje niedokrewność błony śluzowéj, a jéj następstwem jest mniejsza ilość krwi, względnie płynów w utkaniu cewki, bledsza barwa ścian stożka i jego zwiększona długość i szerokość. Opisując błonę śluzową cewki wspomnieliśmy, że ona jest podłużnie pofałdowaną; drobniuchne fałdy w stanie prawidłowym widzimy najwyraźniéj wówczas, gdy błona śluzowa skutkiem wciskania ku wewnątrz endoskopu wypukla się do wnętrza rury, albowiem w takim razie grubieją fałdy. Rozróżnianie fałdów jest łatwe, gdy zwrócimy uwagę na odbicia świetlne, jakie obraz cewki przedstawia. Wiadomo, że odbite światło dokładniéj oświeca przedmioty bliżéj ułożone aniżeli oddalone; skutkiem tego prawa fałdy błony śluzowéj w skutek ucisku nabrzmiałe będą silniéj oświetlone, niż przestwory między fałdami, a w następstwie tego obaczymy okrąg świetlny ciemnemi przestworami poprzerywany. W miarę im bardziéj uciskać będziemy endoskop, grubsze będą fałdy, a wraz z niemi stożek grubiejący wypuklać się będzie ku endoskopowi. Jeśli ucisk ten długo trwać będzie, spostrzeżemy, że błona śluzowa dotąd nie połyskująca zacznie się łyszczeć, a to łyszczenie têm silniéj wystąpi, im dłużéj ucisk trwać będzie. Łyszczenie powstaje przez załamywanie się światła i jego odbicie i ono wskazuje, że coś pokrywa powierzchnię błony śluzowéj, która dotąd nie była silnie połyskującą. Że tak jest rzeczywiście, łatwo się przekonywamy oczyszczając tamponikiem z waty błonę śluzową. Po oczyszczeniu zniknie na chwilę powierzchnia połyskująca lub przynajmniéj będzie mniéj łyszcząca, gdy jednak błonę śluzową od ucisku nie zwolnimy, łyszczenie znowu powróci. Takie łyszczenie sztucznie możemy każdéj chwili wywołać np. pomazując błonę śluzową stożka oliwą, wodą lub jakimkolwiek płynem. Wywoławszy uciskiem łyszczenie wiemy, że ono nie pochodzi z przyczyny zewnętrznéj, a widząc powiększanie się połysku przed naszym wzrokiem, musimy przyjść do przekonania, że uciskiem wywołaliśmy nietylko przekrwienie i nacieczenie miąższu płynem surowiczym krwi, ale że takowy wystąpił na powierzchnię błony śluzowéj. Ucisk endoskopu odbija się wreszcie i na postaci środkowéj figury, któréj kontury coraz mniéj wyraźnie, przedstawiać się będą, i która skutkiem zgrubienia ścian cewki zbliżać się będzie do szerszego odcinku stożka.

Rozbierzmy objawy wywołane uciskiem. Bledsza błona śluzowa stała się czerwieńszą, a więc jest przekrwioną; mało widoczne fałdy jéj jakotéż ściana stożka wyraźniéj występują, a ostatnia nawet silnie wypukla się, co wskazuje, że błona śluzowa jest obrzmiałą; połyskiwanie wreszcie powierzchni wskazuje wyciek, czyli innemi słowy, mamy objawy stanu zapalnego, ma się rozumieć w bardzo nizkim stopniu. Szczegółowo rozebrałem objawy doświadczeń z uciskiem na błonę śluzową dlatego, aby przedstawić dokładnie zmiany, jakim błona śluzowa w stanie chorobowym podlega, a przedewszystkiém dlatego, aby zwrócić uwagę badającego, na co szczególnie zważać mamy w celu odróżnienia znamion cewki prawidłowéj od cewki chorobą zajętéj. Dla dokładniejszego spamiętania powtarzam więc, że należy bacznie uważać na następujące znamiona: 1) na stożek, jego jakość, a mianowicie wypuklenie i wydłużenie, jego szerokość i wysokość; 2) na ściany stożka ich zabarwienie i grubość; 3) na jakość środkowéj figury i 4) na odbicia świetlne. Ponieważ jednak znamiona te w prawidłowéj cewce rozmaicie się zachowują w różnych częściach cewki, przeto należy zapamiętać obraz cewki prawidłowéj w każdéj części, jeżeli zboczenie, a więc stan nieprawidłowéj rozpoznać mamy. Zacznijmy od najgłębszéj części cewki, a więc od ujścia wewnętrznego. Do ba-

dania musimy użyć prostego oszklonego endoskopu, który nie dopuszcza zalania badanéj części moczem, co zawsze się dzieje przy użyciu prostego endoskopu z konduktorem. Ukośne zakończenie oszklonego endoskopu, a przeto nierówny ucisk na ściany cewki jest powodem, że stożek nie istnieje. Tutaj widzimy tylko ściany zabarwione różowo, rzadziéj żywo czerwono jak mięso świeże; środkową figurę tworzy ciemne kółko, lub postać jéj jest nieregularna, gdy ściany cewki w fałdy się układają. Fałdy są znacznéj stosunkowo grubości, które się pomniejszają w miarę posuwania endoskopu ku pęcherzowi. Równocześnie zmienia swoją postać środkowa figura, tworząc coraz większe i regularniejsze kółko, im bliżéj wejścia do pęcherza endoskop się znajduje. Przy dalszém wsuwaniu ciemne kółko zmieni się na żółtą i jasną tarczę, którą małe różowe kółko otacza. Kółko tworzą ściany ujścia cewki, a żółtą tarczę mocz, który wypełnia środkową figurę. Jeżeli jeszcze daléj posuwamy endoskop, to znika kółko zupełnie, a widzimy tylko powiększoną tarczę żółtą, która zmieni się dopiero wówczas, gdy opór wskaże, że dalsze posuwanie endoskopu nie jest możliwe. Dzieje się to w chwili zetknięcia się końca cewkowego endoskopu ze ścianą pęcherza, która jest połyskująco biała z odcieniem żółtym lub różowym, utkana drobniuchnemi naczyńkami krwionośnemi. Obraz opisany spostrzegałem tylko u kobiet, u których wprowadzenie endoskopu do pęcherza nie natrafia na trudności, bo tylko kobiety endoskopem oszklonym badałem. Wyciągając endoskop znajdujący się przy wewnętrznem ujściu cewki i zbliżając się do części przyprątnéj cewki, otrzymujemy zupełnie zmieniony obraz. Tutaj niekiedy możemy już użyć endoskopu prostego i wtedy spostrzeżemy, że środkowa figura jest w postaci ciemnego punktu lub okrągłego zagłębienia, krótki stożek zaś tworzą ściany cewki żywo czerwonego koloru w tylnéj części, albo ciemno-czerwonego w przedniéj części przyprątnéj. Tuż około zakończenia cewkowego endoskopu widzimy jasne a wązkie kółko świetlne, lekko prążkowane. W częci błoniastéj albo wcale nie widzimy środkowéj figury, albo spostrzegamy w górnéj części pola widzenia przy silném zbliżeniu końca cewkowego endoskopu ku spojeniu kości łonowych, ciemne kółko o bardzo niewyraźnych i zamazanych konturach. Ma się rozumieć, że o stożku mowy nie ma, bo przeważnie widzimy dalszą ścianę cewki, która jest barwy ciemno-czerwonéj i lekko prążkowana. Przyczyną tego niewyraźnego obrazu jest ściąganie się niepodatnéj błony śluzowéj cewki w części błoniastéj, któréj światło tworzy poprzecznie ułożony elipsoid. Gdy zakończenie cewkowe endoskopu znajduje się w części opuszkowéj, natenczas przedstawi nam się następujący obraz. Figurę środkową tworzy ciemna linija pionowo ułożona; stożek powstaje przez wypuklenie się ścian cewki ku endoskopowi, ściany stożka zaś, względnie cewki, lekko pochylają się ku środkowéj figurze. Przypatrzmy się dokładniéj ścianom stożka, które są barwy żywo czerwonéj i zupełnie gładkie; od środkowéj figury aż do wypuklenia są one pochyło ułożone tak, że stożek jest najobszerniejszym w miejscu wypuklenia; stąd ściany stożka załamują ku tyłowi i dosięgają końca cewkowego endoskopa, wypuklenie więc utworzy zdwojona błona śluzowa, a szczyt wypuklenia przedstawia się w postaci pionowo ułożonego kółka wązkiego, blizko centralnéj figury się znajdującego. Okoliczność, że ściany cewki tworzą dość znaczne wypuklenie, nawet w stanie prawidłowym dowodzi, że błona śluzowa jest w téj części najbardziéj rozpulchnioną, a bliskość kółka świetlnego od figury środkowym wskazuje, że ściany stożka znacznie się pochylają i że są stosunkowo krótkie. Ponieważ w opuszce najtrudniéj poznać zbaczającą błonę śluzową, dlatego zaraz podaję, jak ona się najczęściéj przedstawia i czém się różni od stanu prawidłowego. Przedewszystkiém figura środkowa nie przedstawia się w postaci ciemnéj linii pionowéj, a dość długiéj, tylko jest albo bardzo krótką pionową liniją, albo tworzy nieregularną bardzo mało widoczną liniję, kółko świetlne oddala się od środkowéj figury, a wypuklenie jest znaczniejsze, wreszcie i zabarwienie ścian jest ciemniejsze, nakoniec prążków prawidłowéj cewki nie znać wcale, bo powierzchnia jest zupełnie gładka. Tu dodać winienem, że nie zawsze, tak jak opisałem, przedstawia się część opuszkowa cewki w stanie chorobowym, bo jak późniéj poznamy, obraz chorobą zajętéj błony śluzowéj może być bardzo różny, zależy bowiem od jakości zmian; a przytoczyłem powyższy obraz cewki zbaczającéj dlatego, aby zwrócić uwagę badającego, na co szczególnie ma baczyć, wiedząc z doświadczenia, że z początku często rozpoznawałem siedzibę choroby w opuszce tam, gdzie jak się późniéj przekonałem, wcale nie była.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Mordhorst. **Przyczynek do nauki o powstawaniu zołzów i suchót płucnych.**

Sprawozdanie Dra. Smoleńskiego.

Znane nam są wprawdzie w ogóle warunki i przyczyny rozwijania się zołzów, wiemy, że brak światła, przebywanie w nieczystém, wilgotném powietrzu, nędzne odżywianie się itp. główne zajmują tu miejsce. Ale w jaki sposób powyższe warunki wywołują ogólną zmianę odżywczą zwaną zołzami, nie wiemy, a tém samém nie znamy prawdziwéj istoty tego cierpienia. Wpływ światła na chorobowość i śmiertelność ludzi wykazał statystycznie w r. 1860 Adolf Vogt, nieco późniéj zajmował się tą samą kwestyją Forbes Winslow, według którego mieszkańcy miasta przebywający w miejscach ciemnych odznaczają się wątłością mięśni, miękkością kości, chorobliwą drażliwością serca, ogólną wrażliwością nerwową, brakiem łaknienia, skłonnością do krwotoków i omdleń, wychudnieniem, niedostatecznym wzrostem ciała, upośledzoną bystrością władz umysłowych, przedwczesném starzeniem się itp.; potomkowie ich są wątli, mali, słabi i skłonni do zołzów. A jednak o wpływie światła na czynności ustroju wiemy zaledwie tyle, że w świetle więcéj wydychamy bezwodnika węglowego (*Moleschott*) aniżeli w ciemności, różnica ta według najświeższych badań Specka ma być jednak minimalną.— Niemniéj niż brak światła znanym jest wpływ zepsutego powietrza na powstawanie zołzów; ale w jaki sposób takowe tak zgubne wywołuje następstwa, nie wiemy nie zgoła, a wiadomości naszych pod tym względem nie rozszerza również i Mordhorst. W świetle upatruje tenże tylko pośredni wpływ na ustrój zwierzęcy, tj. o ile takowe posiada własność oczyszczania powietrza. W tym względzie autor kładzie nacisk na znane szczegóły, że mieszkania skierowane ku południu rychléj wysychają, że w nich wyższa utrzymuje się ciepłota i lepszy przewiew powietrza, — co jednak właściwie więcéj zależy od ciepła aniżeli od samego światła. Cały więc wpływ światła redukuje M. do tego, że brak takowego sprzyja psuciu się powietrza, od oddychania zaś zepsutém

powietrzem wywodzi wszelkie następstwa prowadzące do zołzów a pośrednio i do suchot płucnych.

Jak się to dzieje? M. tłumaczy to sobie w sposób czysto mechaniczny. Zauważono, że w powietrzu zepsutém rzadziéj i mniéj głęboko oddychamy, raz z przyczyny nagromadzonego CO_2, który zwalnia ruchy oddechowe, a powtóre skutkiem zwolnionéj w takich warunkach ogólnéj przemiany materyi; skoro tak jest, to powierzchowne oddychanie pociąga za sobą (skutkiem zmniejszenia parcia ujemnego w płucach) zwolnienie ogólnego obiegu krwi, obniżenie parcia ościennego w tętnicach, podwyższenie w żyłach a zastój krwi w naczyniach włosowatych. Podobne następstwa powstać muszą i w naczyniach limfatycznych; podwyższone parcie krwi w żyle podobojczykowéj lewéj utrudnia swobodny odpływ limfy w przewodzie piersiowym, w którym powstaje zastój limfy, przenoszący się aż do początków naczyń limfatycznych, tém bardziéj że i drugi czynnik krążenia limfatycznego, czynność mięśni, w tych warunkach bywa niedostateczny. Wysokie to parcie udziela się zatém i naczyniom chłonnym w kosmkach jelitowych, których naczynia krwionośne również są już w wysokim stopniu przekrwione, gdyż z przyczyny płytkiego oddychania zmniejszył się korzystny wpływ głębokiego wdechu na krążenie w wątrobie. Zastój tak krwi jak i limfy w kosmkach sprawia, że takowe mniéj mogą chłonąć pokarmów, następstwem czego musi być niedostateczne odżywienie całego ustroju. Utrudnionem krążeniem limfy tłumaczy się także owo nalane wejrzenie właściwe dzieciom zołzowatym (skutkiem nagromadzenia limfy w przestworach międzytkankowych), wyjaśnia się przyczyna, dla czego z rany skórnéj dziecka zołzowego nadzwyczaj wielka sączyć się zwykła ilość osocza, tém się téż tłumaczą grube strupy na powierzchownych ranach takich dzieci w ogóle wielka ich uraźliwość.

A obrzęki gruczołów limfatycznych u zołzowych? I te M. uważa jako mechaniczne następstwo powierzchownego oddychania. Skoro jest nader prawdopodobném, że i w prawidłowych warunkach odbywa się przenikanie białych ciałek krwi przez ściany naczyń, skoro daléj dowiódł Thoma, że przenikaniu temu sprzyja zwolnienie prądu krwi i jéj wodnistość, to oczywiście u człowieka, u którego skutkiem powierzchownego oddychania obieg krwi właśnie jest zwolnionym a krew z przyczyny niedostatecznego chłonienia pokarmów nieprawidłowo wodnistą, przenikanie to musi być nader obfitém. Białe ciałka krwi, opuściwszy naczynia krwionośne, dostają się do początków naczyń limfatycznych, a stąd do najbliższych gruczołów limfatycznych, gdzie gromadząc się sprawiają obrzmienie gruczołów krezkowych, oskrzelowych, karkowych, pachowych, pachwinowych, powiększenie migdałków itd. Późniéj osocze zawarte pierwotnie w tak powiększonych gruczołach odpływa naczyniami odwodzącemi, komórki nagromadzone wysychają mogąc się zamienić w gruzełki, albo téż dostawszy się następnie do obiegu limfatycznego dostają się drogą żył podobojczykowych i tętnicy płucowéj do naczyń włosowatych płuc, gdzie skutkiem zatkania pewnéj ilości tychże naczyń i sprawionego tym sposobem zastoju krwi wywołują przenikanie białych ciałek krwi, które nareszcie prowadzą do powstawania gruzełków i suchót płucnych. *Quod erat demonstrandum.*

Czy teoryja powyższa wytrzyma krytykę? Czy można rzeczywiście powstawanie zołzów a po części i suchót płucnych uważać po prostu jako mechaniczne następstwo powierzchownego oddychania? Jeżeliby oddychanie powietrzem zanieczyszczoném zajmowało wśród warunków wywołujących zołzy jedynie miejsce czynnika sprawiającego oddychanie nieprawidłowo powierzchowne, to zaś ostatnie jedynie przez zwolnienie krążenia, a mianowicie podwyższenie parcia ościennego w żyłach i naczyniach włosowatych miałoby wystarczyć do wywołania ogólnego zboczenia odżywczego zwanego zołzami, to słusznie przypuścićby można, że takież zboczenia w krążeniu z jakiéjbądź innéj przyczyny powstałe, winny te same pociągać za sobą skutki. Dla czegóż w niekompensowanych wadach sercowych, wśród których z konieczności powstaje wygórowane parcie ościenne w żyłach i naczyniach włosowatych, prowadzące do ogólnéj puchliny itd., nie powstają tém wybitniejsze przypady zołzów? Dla czego w takich przypadkach, skoro z przyczyny nader wygórowanego ciśnienia w żyle podobojczykowéj lewéj również i krążenie limfy musi być w wysokim stopniu zakłócone, nie powstają koniecznie typowe obrzęki gruczołów limfatycznych jak w zołzach? Dla czego wysokiego stopnia rozedma płuc itp. nie wywołuje tych samych następstw? Nie można zaprzeczyć, że mniéj lub więcéj głębokie ruchy oddechowe wywierają stanowczy wpływ na pojemność naczyń płucnych, że mianowicie podczas wdechu płuca mniéj zawierają krwi aniżeli podczas wydechu (*Funke, Latschenberger*), — znanym jest również wpływ głębokich ruchów oddechowych na wielkie koło krążenia, ale trudno się zgodzić, żeby powierzchowne oddychanie mogło wywołać tak znaczne zakłócenie krążenia w naczyniach krwionośnych i limfatycznych, jak to przypuszcza Mordhorst. Powierzchowne oddychanie, na którém autor całą swą teoryję opiera, może w istocie po części zależeć od zanieczyszczenia powietrza, ale daleko prawdopodobniejszém jest, że takowe raczéj jest następstwem podupadłego już poprzednio skutkiem nieodpowiednich warunków dyjetetyczno-higijenicznych odżywienia, osłabienia mięśni oddechowych i zwolnienia przemiany materyi, skutkiem czego ustrój mniéj potrzebuje pokarmów a więc i tlenu (*Voit* i *Pettenkofer*). Można téż powiedzieć, że zmniejszenie parcia ościennego w płucach (wywołane powierzchownem oddychaniem) nie może sprawiać tak znacznych zastojów w krążeniu krwi i limfy, jak to opisuje M., gdyż z powodu podkopania całéj sprawy odżywienia zmniejszyć się téż stosunkowo musi ilość krwi i limfy.

Postać suchotnicza (*habitus phthisicus*) klatki piersiowéj, małe rozmiary serca, wątła budowa naczyń tętniczych, powłok ogólnych i mięśni itp. własności usposabiające do suchot, nie są, jak sądzi M., następstwem powierzchownego oddychania lecz raczéj jego przyczyną.

W końcu autor dodaje uwagi kliniczne dotyczące leczenia zołzów i suchót płucnych. Spodziewaćby się można, że zgodnie z swą teoryją będzie się starał znieść przedewszystkiém powierzchowne oddychanie, jako główną przyczynę i podstawę zołzów. Tymczasem radzi postępować odwrotnie tj. najprzód przyspieszyć i polepszyć odnowę materyi a tym sposobem chce wywołać głębsze ruchy oddechowe. Według teoryi Mordhorsta znaczyłoby to tyle, co *cessante effectu cessat causa.*

Praca powyższa jako teoryja pozostawia pod względem naukowym wiele wątpliwości, a i pod względem klinicznym nie odkrywa żadnych nowych widoków dla terapii zołzów i suchót płucnych. (*Volkmanns Samml. klin. Vortr.* Nr. 175).

Prof. Adamkiewicz: **Przyczynek do nauki o wydzielaniu potu.**

Autor jeszcze w r. 1878 na podstawie poszukiwań swych nad nerwami i zwojami potowemi wyraził przypuszczenie, że nerwy potowe „prawdopodobnie powstają w powierzchownych warstwach mózgowia", że następnie dopiero zbierają się w rdzeniu przedłużonym itd. Obecnie A. podaje parę przypadków klinicznych, które potwierdzają powyższe jego przypuszczenie co do wpływu kory mózgowéj na wydzielanie potu. W jednym przypadku u chorego z objawami krwotoku do kory mózgowia, zjawiały się od czasu do czasu silne kurcze w ramieniu i znaczne poty ograniczone do tegoż ramienia. Sekcyja wykazała ropień w korze mózgowéj po stronie przeciwnéj w t. zw. dziedzinie psychomotorycznéj. Również i w innym przypadku utrzymywały się po udarze mózgowym zboczenia w ruchomości prawego ramienia, równocześnie z wydzielaniem potu. Za nadwerężeniem kory mózgowéj przemawiała między innemi wybitna afazyja; sekcyi w tym przypadku nie było. Autor w celu stwierdzenia wpływu kory mózgowéj na wydzielanie potu przedsięwziął doświadczenia na młodych kotach. Przekonał się przy tém, że drażnienie kory mózgowia prądami elektrycznemi nie wywoływało potów; natomiast zauważył, że słabe prądy przepuszczane przez środkowe części kory móżdżkowéj wywoływały regularnie wydzielanie potu na łapach, pomimo że drażnienie to nie dotyczyło wcale rdzenia przedłużonego. A. sądzi, że prawdopodobnie tylko u młodych kociąt poty wywołać się dają przez drażnienie kory móżdżku, że zaś u dorosłych zwierząt wpływ mózgu na wydzielanie potów przenosi się na korę mózgowia. (*Verhandl. d. physiol. Gesellschaft zu Berlin* 1880 Nr. 5). *Dr. Smoleński.*

G. Lawson. **Dwa przypadki raka przybłonkowego odbytnicy u osób młodych.**

L. opisuje ze swéj praktyki szpitalnéj dwa przypadki raka przybłonkowego odbytnicy, dotyczące kobiet, z których jedna liczyła lat 27, druga zaś 31. U obu rozwijało się zrazu cierpienie ukrycie i prawie niepostrzeżenie, a nie sprawiając chorym przez długi przeciąg czasu żadnych znaczniejszych dolegliwości skłoniło je do szukania pomocy lekarskiéj dopiero w okresie znacznego postępu choroby. Pierwszemi przypadami były: zaparcie stolca, częsta potrzeba oddawania kału, który był ukształtowany w małe grudki twarde i zbite, obok obecności skąpéj ilości krwi i ropy. Bólów znaczniejszych przez długi czas nie było wcale. Nadto cechowały się oba przypadki w późniejszym okresie obecnością bólu rozpromieniającego się wzdłuż uda i przedudzia lewego, który zmuszał chore utrzymywać odnogi dolne stale wyprostowane. W obu przypadkach wykonano kolotomiję, rękoczyn ten przyniósł chwilowo znakomitą ulgę, zmniejszając parcie na stolec i usuwając wspomniany ból w odnodze dolnéj. Przy badaniu pośmiertném jednego z przypadków znaleziono przerzutowe guzy nowotworowe również przybłonkowe w płucach.

Rak przybłonkowy w odbytnicy przydarza się zazwyczaj dopiero po 35tym roku życia: są jednak zapisane w literaturze przypadki raka przybłonkowego w wieku wcześniejszym, nawet w 17tym roku życia. Autor twierdzi, iż przebieg raka odbytnicy u osób młodszych jest szybszy i złośliwszy niż u osobników starszych i kończy się śmiertelnie w przeciągu od 8 do 18 miesięcy licząc od najpierwszych przypadów. Ze stanowiska klinicznego najwięcéj uwagi godną stroną przypadków przez autora podanych jest nadzwyczaj zdradliwy i pozornie łagodny przebieg choroby w początkach, okoliczność zniewalająca do starannego badania miejscowego w odnośnych przypadkach. (*The Lancet* 1880. V. I. 1). *P.*

Esmarch: **O kurczu cewki moczowéj.**

Różni autorowie tak różnie zapatrują się na ten stan cewki moczowéj, że pospieszamy podzielić się z czytelnikami naszymi zdaniem, jakie sobie o téj rzeczy wyrobił jeden z najzdolniejszych obecnie żyjących chirurgów.

Przedewszystkiém E. wyraża zdziwienie, że tak doświadczeni chirurdzy, jak Dittel, Brodie, Guthrie zaledwie po razu spostrzegali kurcz cewki moczowej, gdy on sam nawet w obec nie tak bardzo licznego materyjału klinicznego, bardzo często, bo np. w ciągu jednego półrocza zimowego 9 razy postrzegał tę chorobę. W stanowczéj zaś opozycyi stawia się E. do zdania Sir Henryka Thompsona, który jakkolwiek w dawniejszych swych dziełach poświęcał téj chorobie cały poważny rozdział, obecnie uważa ją za „ucieczkę dla niekompetentnych, nie mogących wprowadzić narzędzia do pęcherza". Przypady takiego kurczu bywają zupełnie takie same, jak przy organicznem zwężeniu cewki, tak iż nieraz już miano przystąpić do rozcięcia cewki, gdy po zachloroformowaniu wszedł bez użycia siły gruby cewnik metalowy. Dla tego też zaleca E. do badania zwężeń używać zawsze grubego zgłębnika i przyszedłszy do części cewki błoniastéj cierpliwie wyczekiwać a nawet użyć narkozy. Charakterystycznem jest także i to, że przy wyciąganiu zgłębnika nie czuje się w miejscu zwężenia żadnéj przeszkody, co prawie zawsze ma miejsce, jeżeli mamy do czynienia ze zwężeniem organicznem. Skurcz ten ma siedzibę w mięśniach przebiegających po nad i po pod częścią błoniastą, które to obydwa mięśnie słusznie Guthrie nazwał „*compressor urethrae*". Stoją one tak pod wpływem woli jak i odruchów, trudno nam jednak wchodzić tu w bliższe szczegóły anatomiczne, bardzo jasno, na szematycznych rycinach przez autora objaśnione. Już wpływy psychiczne jak bojaźń itp. wpłynąć mogą na mimowolne oddanie lub zatrzymanie moczu; tak samo zadziałać może oziębienie części sąsiednich lub ból po operacyjach na nich wykonanych. Najczęstszą jednak przyczyną bywają zapalenia lub zadrażnienia samych dróg moczowych, jak to np. ma miejsce przy wrzodach gruźliczych cewki, po wstrzyknięciu silnych rozczynów azotanu srebrowego, po użyciu kantaryd, olejku terpentynowego, sporyszu, wreszcie przy moczu bardzo kwaśnym (*pyelitis*) lub zawierającym cukier. Co do leczenia to radzi E. rozpocząć od opiatów i ciepłych kąpieli, lecz główny nacisk kładzie na wprowadzanie grubych cewników i to w danym razie nawet w narkozie. W razach bardzo uporczywych i bolesnych (*irritable bladder*) należałoby rozciąć cewkę moczową (*urethrotomia externa*) na wzór przecinania zdziergacza rzyci, lecz jak tu obecnie wystarcza gwałtowne rozszerzenie, tak i w cewce radzi E. ograniczyć się do wydatnego rozszerzenia jéj np. za pomocą narzędzia Holta. (*Archiv f. klin. Chirurgie* XXIV, 4).

Sprawozdawca miał sposobność postrzegania na swoim oddziale dwóch przypadków, które mogą służyć na poparcie wyżéj wymienionego twierdzenia. Pierwszy dotyczył mężczyzny po nad 40 lat mającego, z długotrwałém

zwężeniem cewki moczowéj, nie przepuszczającém ani grubych ani cienkich zgłębników. Przystąpiono do cięcia cewki zewnętrznego i w tym celu go zachloroformowano, lecz w chwili gdy wprowadzono itineraryjum grubości Nr. 12 ang., weszło ono z łatwością do pęcherza, tak iż cięcie okazało się zbytecznėm. Drugi przypadek wydarzył mi się w kilka dni przed odczytaniem rozprawki Esmarcha. Trzydziestokilkoletni mężczyzna cierpiący na zwężenie cewki od lat 14tu i leczony przez różnych lekarzy, zgłosił się przed kilku dniami celem poddania się operacyi, na którą dawniéj nigdy się zgodzić nie chciał. Po wsunięciu sondy Nr. 14 ang. aż do miejsca zwężonego, cięto na niéj i przecięto tym sposobem cewkę powyżéj zwężenia; gdy jednak późniéj nie można było odszukać otworku w miejscu zwężonėm, spróbowano jeszcze raz zgłębnikiem wyprężyć to miejsce, lecz tym razem wszedł tenże do pęcherza prawie bez użycia siły; zdaje się, że nacięcie mięśni ściskających cewkę usunęło kurcz tejże. Że w tym przypadku rzeczywiście miałem z kurczem do czynienia, przemawia za tém jeszcze i to, że gdy tenże sam chory przed 14tu laty zgłosił się do kliniki z zatrzymaniem moczu, trzeba było wykonać punkcyję pęcherza, z powodu niemożebności dostania się narzędziem przez cewkę; po wypuszczeniu zaś moczu trójgrańcem udało się natychmiast wprowadzić cewnik Nr. 12 ang. *A. O.*

Bouchardat: **Uwagi ogólne o mało rozpuszczalnych składnikach moczu pod względem ajtyjologicznym.**

Na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa medycyny publicznéj i higijeny rzemiosł, w dniu 26 listopada 1879 r., przedstawił B. wyjątek ze swego dzieła o higijenie dotyczący ajtyjologicznego znaczenia mało rozpuszczalnych składników moczu. Ze względu na ważność przedmiotu podajemy streszczenie téj pracy.

O pożytku, jaki odnieść możemy z poznania tworzenia się wydzielin w różnych stanach, w jakich człowiek znajdować się może, przekonamy się badając bliżéj tę zawiłą sprawę. Wydzieliny nerek zdają się być mniéj ważnemi dla higijeny niż wydzieliny skóry, bo mniéj znamy sposobów zmienienia ich, zwłaszcza gdy nerki mają tylko jednolitą czynność wytwarzania moczu, podczas gdy czynności skóry są nader złożone. Możemy jednak zmieniać dowolnie przyrodę moczu przez wpływ pożywienia, napojów i zmianę czasu wydzielania. Tak np. mocz ludzki po kilku dniach odpowiedniego zachowania się małym tylko ulega zmianom; bez względu na indywiduum, u którego badanie przedsiębierzemy, posiada on zawsze stale oddziaływanie kwaśne i jednakową ilość mocznika. Również jeżeli człowieka żywić będziemy chlebem i mięsem, zawsze mocz oddziaływać będzie kwaśno i zawierać jednakie ilości mocznika i fosforanów, lecz gdy zmienimy sposób życia, zastępując mięso i chleb ziemniakami i jarzynami, to po kilku dniach mocz stanie się alkalicznym a dwuwęglany zastąpią częściowo fosforany. Nawet gdyby przez kilka dni człowiek zadowalał się samemi tylko poziomkami, mocz mimo tego wyłącznie kwaskowatego pożywienia nabrałby oddziaływania alkalicznego. Widzimy więc z tego, że nic łatwiejszego nad zmienienie przyrody moczu zmieniając sposób życia.

Badanie moczu pod względem semiotycznym jest nader cenne i wiele w tym kierunku prac już podjęto, a pod względem higijenicznym jest ono również ważnėm, bo może dać nam wskazówki dokładne o stanie zdrowia.

Gdy narząd moczowy nie działa prawidłowo, wcześniéj lub późniéj pojawiają się zaburzenia w innych narządach, pod względem więc ajtyjologicznym wydzielanie moczu obchodzi higijenę w wielu razach. Zwróćmy tylko obecnie uwagę na mało rozpuszczalne składniki moczu, z których powstaje piasek moczowy i kamienie moczowe. Spostrzeżenia wykazują, że choroby te są w pewnych okolicach częstszemi niż w innych. Ulegają im ludzie wszelkich stanów bez względu na wiek.

Autor jest mocno przekonanym, że rozpowszechniając wiadomości o przyczynach powstawania kamieni i piasku, o pierwszych ich znakach, dojdziemy do tego, ze choroby te stawać się będą coraz mniéj groźnemi, a nawet nadejdzie czas, że łatwo unikać ich będziemy dzięki postępom ochrony i terapii higijenicznéj uwzględniając dane z chemii i fizyjologii. Historyja tworzenia się piasku moczowego składa się z szeregu wybitnych cierpień, które koniecznie wypada od siebie odróżniać, jeżeli nie ma powstać zamięszanie co do pojęć. Nie możemy ograniczać się do badania osadów w nerkach i pęcherzu, które mianem piasku lub kamieni oznaczamy. Konieczność skłania nas do badań nad temi nieprawidłowemi osadami także w ogólnéj ekonomii życia a zwłaszcza we krwi. Badania te dozwolą nam nakoniec dotrzeć do racyjonalnego tłumaczenia wielu ciężkich cierpień. Jawném jest, że nie tylko w nerkach i w pęcherzu osadza się szczawian wapna, fosforan amonowo-magnowy i moczany, które są wytworami ekonomii.

Przypuśćmy na chwilę, a przypuszczenie to odpowiada faktom, że szczawian wapna, fosforan i węglan wapna, fosforan amonowo-magnowy, moczany tworzą się w znacznéj ilości w narzędziach krążenia, czyż nie można dopatrzyć się w tém początku pewnych postaci zatorów. Czyż nie możnaby tłumaczyć w ten sposób najłatwiéj częściowych zastojów w krwiobiegu, dających powód do następowych strasznych powikłań. Wystarcza na teraz zwrócić tylko uwagę, że często spostrzegamy przypadki śmierci w skutek zatorów, nawałów krwawych lub surowiczych do mózgu u chorych zostających pod wpływem osadów szczawianu wapna, fosforanu amono-magnowego lub moczanów w narządzie krążenia.

Gdy te istoty mało rozpuszczalne osiadają w najdelikatniejszych rozgałęzieniach naczyń mózgowych, to sprawiają tam zatory a w skutek tychże zastoje w krwiobiegu, których następstwem bywa bądź pęknięcie naczyń, bądź też obumarcie części nieprawidłowo w krew zaopatrywanych. Oto najczęstszy sposób powstawania następowych wysięków krwawych, w skutek których przychodzi do rozmiękczenia mózgu powolnego lub postępowego. Gdy te zatory naczyń włosowatych pojawiają się w innych częściach ciała, zwłaszcza w odnogach dolnych, na ten czas widzimy przypadki zgorzeli tak zwanéj starczéj, tak częste w słodkomoczu, nieco jednak rzadsze niż odpowiednie przypadki w mózgu, którym tak często towarzyszą zboczenia narządu wzrokowego. Niedowidzeniu słodkomoczowemu towarzyszą prawie zawsze wynaczynienia w siatkówce połączone z zatorami drobnych naczyń. Niedomoga stósowania wzroku (*asthenopia accommodativa*), porażenie mięśnia nastawiającego oko, niezupełne porażenie stósowania wzroku (*paresis accommodationis*) według B. podobne mają źródło.

Nie trudno zrozumieć w obec takiego zapatrywania się na te sprawy, jak ważną jest rzeczą utrzymać w prawidłowéj czynności narząd wydzielniczy nerek lub przywrócić go ile

można najrychléj do stanu prawidłowego, aby uwolnić krew od tyle szkodliwych zanieczyszczeń. (*Rev. d'hyg. 1879*, Nr. 12) *K. Gr.*

A. Magnus (w Królewcu): **O przedarciu urazowém błony bębenkowéj.**

Odkąd zaczęto stósować przekłucie błony bębenkowéj w celach leczniczych, przekonano się, że rany cięte téj błony zalepiają się już po upływie 24 godzin a goją w przeciągu dni kilku tak dalece, że trudno znaleść nawet bliznę. Co większa przekłucie błony téj za pomocą narzędzi więcéj tępych, jak np. drutów, piór stalowych, cienkich gałęzi, sprawiające obrażenie nierównie większe, przebiegają względnie szybko i bez pozostawienia szkodliwych następstw. Z tego powodu dawniejsze mniemanie, jakoby obrażenie błony bębenkowéj miało bardzo wielką doniosłość, okazuje się mylném. Nie ulega wątpliwości, że błona bębenkowa pęknąć może skutkiem uderzenia ręką w okolicę ucha, ale w takim razie z pewnością przypuścić można, że błona ta już poprzednio nie była prawidłową, a mianowicie, że była albo ścieńczoną skutkiem poprzedzających nieżytów, lub kruchą w skutek złogów wapiennych, że więc istniało już usposobienie, pomimo, że ani chory ani otaczający go nic o tém usposobieniu nie wiedzieli, ponieważ takie zmiany w błonie nie pociągają wcale za sobą upośledzenia słuchu lub innych dolegliwości. Z drugiéj zaś strony wykazały doświadczenia Schmiedecampa i Grubera, że prawidłowa błona bębenkowa stawia silny opór; jeżeli więc nastąpiło przedarcie téj błony skutkiem urazu, mamy prawo przypuścić raczéj stan nieprawidłowy takowéj, aniżeli użycie wielkiéj siły; tak np. już przy wpuszczaniu sztuczném powietrza spostrzegamy pęknięcie błon bębenkowych ścieńczałych, pomimo że nie użyto wielkiéj siły. Jeżeli więc badanie wykazuje, że przedarta błona bębenkowa już poprzednio nie była prawidłową, należy okoliczność tę uwzględnić należycie przy ocenieniu uszkodzenia, ponieważ ona stanowi ważny szczegół łagodzący winę sprawcy. Przy dochodzeniu zaś pęknięcia nie wystarcza stósowanie próby Valsalvy, albowiem badany mógł mieć od dawna błonę uszkodzoną, choć o tém nic nie wiedział, ale potrzeba zbadać błonę bębenkową za pomocą wziernika, celem przekonania się, czy uszkodzenie jest świeżem. Czasem próba Valsalvy nie udaje się, a mianowicie wtedy, jeżeli szczelina jest bardzo wąską; w takim razie posługują się otyjatrzy sposobem takim, że wpędzają za pomocą kateteru powietrze do jamy bębenkowéj, napełniwszy poprzednio przewód uszny zewnętrzny wodą letnią i nachyliwszy głowę badać się mającego ku téj stronie; najmniejsza ilość baniek gazowych pojawiających się we wodzie dowodzi wtedy przedarcia błony bębenkowéj. Sposób ten jest pewnym ale dla badanego niebezpiecznym, bo woda rozpycha brzegi szczeliny, dostaje się do jamy bębenkowéj, i drażni błonę jéj śluzową; przy badaniu tak ścisłém szkodzi się więcéj obrażonemu, aniżeli sprawcy. Dlatego M. radzi sposób ten zastąpić innym, nieszkodliwym, a mianowicie wpędza on powietrze za pomocą kateteru, wsuwa rurkę kauczukową do przewodu zewn. ucha, a przed nią trzyma świecę zapaloną, unikając wszelkiego przeciągu; ruch płomienia zdradza wtedy przebicia błony bębenkowéj. Pod względem leczenia perforacyi bł. bębenkowéj M. zaleca wyczekiwanie; zatyka on ucho, zaleca spokój, wstrzymywanie się od gryzienia przedmiotów twardych, krząkania, a nie wątpi, że przy takiém zachowaniu się otwór w błonie bębenkowéj zasklepia się w ciągu 8—10 dni. (*Allg. W. med. Ztg.* 1880, Nr. 3). (Zwracamy uwagę lekarzy sądowych na rozprawkę powyższą, ponieważ w praktyce zazwyczaj przeceniamy doniosłość pęknięcia błony bębenkowéj. *Sprawozd.*) *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Dr. Dupuy podaje własności lecznicze przetworu żywicznego, wchodzącego w skład środka zwanego kava-kava. Z powodu wybitnego działania ściągającego (zwłaszcza na błonę śluzową cewki moczowéj) D. poleca lek ten w ostrym wiewiórze i zap. pochwy. Prócz tego środek ten posiada własności moczopędne i naślinne, nie wpływa zaś na wydzielanie potów, a jako *tonico-amarum* zaleca się także w pewnych cierpieniach przewodu pokarmowego. (*Wien. med. Bl.* 1880, Nr. 3.)

ss) Aby zażywanie olejku kleszczowinowego uczynić jak najmniéj przykrém, zwłaszcza w praktyce dziecięcéj, radzi Dr. Starcke (*Berl. klin. Wchft.*) dosypywać do potrzebnéj ilości olejku tyle grubo startego cukru, aż powstanie masa gęsta, ciastowata. Dzieci mają się tak zachwycać tym specyjałem, że zazwyczaj powstaje walka o prawo oblizania łyżki. Dla dorosłych można ciasto takie zawinąć w opłatek. W celu wzmocnienia działania olejku rycinowego można zamiast cukru użyć *pulv. liquirit. composit.* Dobrze jest przed zmięszaniem oziębić olejek, aby zgęstniał. W ostatniéj formie podobno i dorośli zażywają lek bez protestu.

ss) Dr. Purjesz stwierdził znakomite działanie antagonistyczne pomiędzy pilokarpinem a atropinem. U młodego człowieka wystąpiły po zażyciu 0·06 atropinu objawy bardzo ciężkiego zatrucia; w godzinę potém wstrzyknięto mu pod skórę pierwszą dawkę pilokarpinu. Po wstrzyknięciu 0·16 *pilocarp. muriat.* (po 0·01 w przestankach 5—10 minutowych) wszelkie przypady otrucia, nawet rozszerzenie źrenicy, ustąpiły zupełnie w ciągu trzech godzin. Działanie antagonistyczne pilokarpinu względem atropinu znane jest od dawna z licznych doświadczeń fizyjologicznych nad tym lekiem.

ss) Spodziewano się w okulistyce po duboisinie wszelkich zalet atropinu bez jakiegokolwiek działania ubocznego, jakie niekiedy wywołuje ostatni. Doświadczenie jednak nadziei tych nie ziściło, tak że przy użyciu duboisinu potrzebną jest ta sama ostrożność jak przy atropinie. Często wprawdzie się zdarza, że chorzy nie znoszący atropinu (silne zadrażnienie spojówki, drapanie w gardle, nosie i ustach itd.) znoszą duboisin bez wszelkich przypadów ujemnych, niekiedy jednak już po zapuszczeniu trzech kropel $^4/_5$ % rozczynu duboisinu do worka spojówkowego źrenica *ad maximum* się rozszerza, następuje porażenie mięśnia rzęskowego, silny zawrót, śpiączka itp. Rozszerzenie źrenicy po duboisinie trwa zazwyczaj krócéj niż po atropinie; $^2/_5$ % rozczyn duboisinu wystarcza. (*Seely, Arch. f. Augenheilk.* VIII 3, 1879). O dość częstych zatruciach duboisinem donoszą również Andrew, Swanzy, Story i Nettleship w Anglii, a w Niemczech Carl, według którego u dziewczynki 9-letniéj po wkropleniu 3—4 kropel 1% rozcz. duboisinu do oka już po $^1/_2$ godz. pojawiły się suchość w gardle, śpiączka i kilkugodzinne majaczenia.

ss) Dr. Schwarz opisuje (*Arch. f. Gynaek.* t. 11, 1) przypadek, w którym akuszerka wprowadziwszy rękę do wnętrza macicy w celu oddalenia łożyska oderwała całą macicę od pochwy. Dla zapobieżenia wypadnięciu jelit założył S. tampony z waty salicylowéj. Po 4ch dniach położnica nie gorączkowała, 21 dnia była zupełnie zdrową; badanie wykazało bliznowate zro-

śnięcie pochwy; późniéj prócz wielkiego pragnienia, trwającego $^3/_4$ roku, kobieta ta cieszyła się doskonałém zdrowiem.

ss) Jako bezkrwawy sposób usuwania mniejszych guzów i narośli (kaszaki, wodunki, tłuszczaki itp.) poleca Dohrn przeprowadzanie przez takowe nitki lub tasiemki. Przeciągnąwszy za pomocą igły krzywéj nić jedwabną woskowaną w kierunku największéj średnicy nowotworu, związuje się ją na szczycie guza, przez większe nowotwory przeciąga się dwie nici na krzyż lub grubszą tasiemkę. Wkrótce z otworów zaczyna wypływać wydzielina wodnista, późniéj gęsta, a guz się zapada; gdy tenże zupełnie się splaszczy, nici się oddala.

ss) Baetz były asystent Wunderlicha w Lipsku a obecnie profesor w Tokio (w Japonii), walczy przeciw zalecanemu przez Koeniga, Wagnera, Goeschela itd. przecinaniu ściany klatki piersiowéj w każdym przypadku ropnéj wypociny w jamie opłucnéj. Na podstawie doświadczeń swych klinicznych radzi w przypadkach wypociny czysto ropnéj, zwłaszcza u dzieci, próbować zawsze najprzód punkcyi lub punkcyi z przepłukaniem jamy opłucnéj, a dopiero, gdyby zabiegi te zawiodły, przystąpić do nacięcia klatki piersiowéj. Zapatrywanie to popiera również asystent jego Kashimura, który do przepłukiwania jamy opłucnéj po punkcyi podaje przyrząd, polegający na połączeniu trójgrańca z dwiema cewami kauczukowemi, jednéj do odpływu wypociny ropnéj, drugiéj do dopływu cieczy do jamy opłucnéj. Do przepłukiwania poleca ciepłą wodę tymolową (1:1000). *(Berl. klin. Wchft* 1880, Nr. 3).

Oskar Simon (z Wrocławia) zaleca w świerzbiączce (*prurigo*) wstrzykiwania podskórne pilokarpinu (*pilocarpinum muriaticum)* w ilości 1 grm. dziennie z 2% rozczynu tego przetworu. W ten sposób dostaje chory na jednorazową dawkę 0·02 pilokarpinu. Po zastrzyknięciu tego leku chorzy świerzbiączką dotknięci pocą się mocno. Oboczne skutki tego przetworu występowały u tych chorych tak samo jak i u innych, skutkiem czego u niektórych osób musiano porzucić leczenie i przejść do innego sposobu. Zaraz po pierwszém użyciu tego środka swędzenie albo znacznie się zmniejsza, albo też zupełnie ustępuje, wkrótce wyrzut się zmniejsza, skóra staje się gładszą i miększą. W ogólności w 14tu dniach, a w ciężkich przypadkach w 3—4 tygodni, następuje zupełne wyleczenie. Jeżeli równocześnie obok wstrzykiwań podskórnych stósuje się jeszcze leczenie miejscowe, przebieg cierpienia znacznie się skraca, i tak np. dobrze jest wywoływać za pomocą pilokarpinu we dnie poty, a na noc nacierać chorych dziegciem, albo też przed południem wstrzykiwać pilokarpin, a popołudniu natrzeć chorych *cum oleo rusci* a potém zalecić im 2-godzinną ciepłą kąpiel. Simon zaleca równoczesne połączenie obu sposobów leczenia, tj. wstrzykiwania podskórne pilokarpinu obok leczenia miejscowego. (*Wiener mediz. Presse* Nr. 2, 1880). *Z.*

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie II zwyczajne z d. 21 stycznia 1880 r.

Przewodniczący Dr. Warschauer. Obecnych członków 16.

1. Przewodniczący zagajając posiedzenie przemówił temi słowy: Szanowni Koledzy! Powołany waszą życzliwością do piastowania godności Przewodniczącego w naszém Towarzystwie, mam sobie za obowiązek złożyć Wam szczere podziękowanie za obdarzenie mnie tym zaszczytem. Mojém staraniem będzie godnie odpowiedzieć obowiązkom na mnie włożonym, a ponieważ usiłowania jednostki w ciele zbiorowém zwykle nie wystarczają, bo tylko wspólną pracą dojść można do zamierzonego kresu, przeto upraszam szanownych kolegów, byście mnie raczyli wspierać waszą światłą radą i pomocą. Spodziewam się, że po zwinięciu kilku komisyj, w których szanowni koledzy tak znaczny udział braliście, ruch naukowy żywiéj jeszcze niż dotąd na posiedzeniach naszego Towarzystwa zatętni.

2. Przewodniczący złożył do biblijoteki Towarzystwa nadesłany zeszyt czasopisma *Nice médical*.

3. Kol. Smoleński odczytał swą pracę: „O wziewaniu cieczy rozpylonych jako o sposobie wprowadzenia leków do miąższu płucnego“. (Umieszczona w Przeglądzie).

W dyskusyi zabierał głos. kol. Ściborowski. Widzi on w doświadczeniach prelegenta ważną praktyczną doniosłość, zwłaszcza pod tym względem, że gdy z doświadczeń na królikach robionych okazało się, iż po zatkaniu nosa płyn do inhalacyj użyty wchodzi głębiéj do oskrzeli, a nawet do samego miąższu płucnego, tegoż samego sposobu i u ludzi można używać. Kol. Smoleński uznaje uwagę kol. Ściborowskiego za słuszną i dodaje jeszcze następujące szczegóły, na które przy inhalacyjach należy zwrócić uwagę: Jeżeli chory siedzi, należy głowę tegoż ku tyłowi pochylić, język ku dołowi ucisnąć a przez stósowne ułożenie próbować doprowadzić płyn do inhalacyj użyty nawet do górnych płatów płuc, co nie za pewną ale za możebną rzecz uważa.

Kol. Ściborowski namienia, że chorzy robiący wziewania daleko swobodniéj oddychają przy wyciągnięciu języka i przytrzymaniu tegoż niżli przy uciskaniu i znoszą pierwsze daleko lepiéj. Kol. Poniklo przytacza ciekawe spostrzeżenia na zwłokach suchotników, którzy w klinice lekarskiéj robili wziewania będźwinianu sodowego. Przy sekcyi wydobyto z maleńkich jamek w dolnych płatach płuc treść tychże i poddano rozbiorowi chemicznemu. Otóż w treści tych jamek wyśledzono będźwinian sodowy, a w żołądku dość sporą ilość kwasu będźwinowego.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Wasylewski.*

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie I z dnia 17 stycznia 1880 roku.

Przewodniczący kol. Warschauer, prezes T. L. K. Obecnych członków 15

1. Sekretarz Komisyi kol, Smoleński odczytał list dotychczasowego przewodniczącego kol. Prof. Korczyńskiego, w którym tenże nie mogąc przybyć na posiedzenie prosi kol. Warschauera o zwołanie posiedzenia i przeprowadzenie wyborów.

2. Kol. B. Hoff, prof. szkoły realnéj w Jarosławiu, odczytał rzecz: O borowinie z Morszyna, oraz o soli borowinowéj mrówczano-żelezistéj, zarazem okazał tak samą borowinę jako i jéj przetwory.

Borowina ta znajduje się w polu przytykającém do parku morszyńskiego 800 metrów długiém. a do 120 szerokiém, na metr głębokości. Pod gęstą tkanką ściśle poplątanych z sobą korzeni żyjących roślin znajduje się borowina, w górnych warstwach barwy aksamitno-czarnéj, ku spodowi przechodzącéj w brunatno szarawą, wilgotna. lekko zbita, dająca się w ręku ugniatać na masę niemal plastyczną, w któréj trudno dostrzedz ziarnka piasku lub innego ciała mineralnego, oprócz rozpadniętéj tkanki roślinnéj. Pod mikroskopem prócz twardych części drzewnych nie wykazuje już borowina znamion swego pochodzenia; tu i owdzie widać krzemieniste szkielety wymoczków. Borowina morszyńska jest bez woni, smaku słabo ściągającego i wyraźnie kwaśno oddziaływa, w warstwach głębszych ciężaru gat. 1,1183, z którego oblicza się ciężar bezwzględny 1 stopy sześciennéj 35,30 kilogramów. W powietrzu wysycha na gruby proszek brunatny, który po zwilżeniu wodą przybiera własności świeżéj borowiny kwaśno oddziaływającéj. Wytrawiając borowinę wodą zimną otrzymuje się wyciąg barwy jasno-żółtéj, zawierający kwas mrówkowy, mrówkan żelazowy, glinowy, kwas krzemowy, małe ilości wapniu, magnu i śladu alkaliów, obok rozpuszczonych istót próchnicowych. Mrówkan żelazowy i glinowy rozkłada się łatwo na kwas mrówkowy szczery i wodnik zasady. Podobne działanie wody na borowinę, połączone z sprawą geologiczną, odbywa się ciągle na polu borowinowém. W całéj okolicy Morszyna znajdują się w miejscach niżéj położonych gniazda ugru wskazujące, gdzie

istniala lub dziś jeszcze istnieje borowina. Ugier morszyński używany bywa jako farba malarska.

Rozbiór chemiczny borowiny wykazał w 100 częściach ciał organicznych 14,3849 ciał mineralnych 11.6686, wody 73,9502. W owych 14,3849 ciał organicznych, znajduje się

kwasu mrówkowego	0,0192,
„ próchnicowego	2,2392,
próchnicy *(humus)*	5,0624,
żywicy ciemno-zielonéj	0,1672,
komórecznika roślinnego	6,8989,

W 11,6686 ciał mineralnych, mieści się

tlenku żelazawego	1,3079,
„ glinowego	1,1338,
„ wapniowego	0,2856,
„ magnowego	0,1686,
„ sodowego	0,0204,
„ potasowego	0,0806,
kwasu fosforowego	0,0349.
„ siarkowego	0,0669,
„ krzemowego	8.5010,
chloru	0,0648,
ślady strontu, uru, cynku i strata	0,0041.

Na szczególową wzmiankę zasługuje kwas mrówkowy.

Zwykle do jednéj kąpieli używa się przynajmniéj 2 stopy sześcienne borowiny, które ważą 70 kilogramów (czasem 4 a nawet i więcéj), z téj ilości zatém woda ogrzana do 30° C. rozpuszcza 446 grm., w których jest kwasu siarkowego 13,44 grm., rozpuszczalnych kwasów próchnicowych 224,84, tlenku żelazawego 27,16 grm.

Borowina morszyńska korzystnie odróżnia się od znanych borowin zagranicznych już z tego powodu, że zwłaszcza brana z warstwy górnéj aksamitno-czarnéj nie podlega takim zmianom co do składu, jak borowiny w zdrojowiskach zagranicznych. Ze względu na skład chemiczny borowinę morszyńską wypada zaliczyć do tych odmian, które odznaczają się zamożnością w kwas mrówkowy czyli do borowin mrówczanych.

Zachowanie się borowiny morszyńskiéj względem wody zimnéj, letniéj i wrzącéj, dozwala przyrządzać z niéj kąpiele zastósowane do nastroju nerwowego chorych, kąpiel przyrządzona z wodą letnią (z 2½ stop. sześ. borow.) zawierać będzie 13,44 grm. kwasu mrówkowego, a z wodą wrzącą 101 grm., dodawszy zaś na wymienioną ilość borowiny 30 grm. kwasu siarkowego rozcieńczonego, można wydobyć całą ilość kw. mrówkowego wynoszącą 132 grm.

Właściciel Morszyna p. Stiller rozsyła przetwory morszyńskie jak borowinę prasowaną w postaci cegiełek i sól borowinową mrówczano żelezistą, borowina prasowana w wodzie gorącéj rozpada się natychmiast na miał nader delikatny; od zupełnego wyschnięcia borowinę zabezpiecza się małym dodatkiem gliceryny, a rozsyła ją się w skrzyniach szczelnie zamkniętych; każda skrzynka, zawierająca 70 kilogr. jest zaopatrzona przepisem użycia cegiełek borowinowych i wykazem chemicznym składników.

Drugi przetwór, sól borowinowa mrówczano żelezista, zawiera w 100 częściach

kwasu mrówkowego	0,3341,
ciał próchnicowych rozpuszcz.	4,0667,
istoty cukrowéj	0.9500,
siarkanu żelazowego	23,7907,
„ glinowego	3,4886,
„ sodowego	33,7257,
„ wapniowego	1,0280,
wody krystalicznéj i wilgoci	32,6262.
Razem	100,0000.

Sól morszyńska podobną jest do soli francensbadzkiéj, lecz odróżnia się od niéj zamożnością w kwas mrówkowy, rozpuszczalne ciała próchnicowe, oraz małą ilość istoty cukrowéj, podług wyrażenia p. Hoffa do cukru gronowego zbliżonéj i wonią przyjemną orzeźwiającą. Nadto sól ta w kąpieli z cieplé wody rozpuszczona nie rozkłada się jak sól francensbadzka.

W dyskusyi kol. J. Grabowski zwraca uwagę, że nie ma żadnego dowodu, aby tu miał być cukier gronowy, co najwięcéj można powiedzieć, że znajduje się w małéj ilości istota do cukru podobna. Wreszcie kol. Hoff prosi o wyznaczenie komisyi w celu bliższego zbadania borowiny morszyńskiéj i ocenienia jéj wartości do celów leczniczych.

3. Przystąpiono do wyboru zarządu na następne trzy lata. Gdy kol. Prof. Korczyński przez trzy lata chlubnie wywiązujący się z przyjętego obowiązku, na ostatniém posiedzeniu stanowczo od dalszego przewodniczenia czynnościom Komisyi balneolog. się wymówił, co późniéj jeszcze kilku kolegom powtórzył, wybrano przewodniczącym Dra Władysława Ściborowskiego, a zastępcą przewodn. Dra Stanisława Pareńskiego. Na urząd sekretarza powołano kol. Stanisława Smoleńskiego, a na biblijotekarza kol. Bolesława Skórczewskiego, obydwu obowiązki te dotychczas pełniących.

Na tém posiedzenie zakończono.

Sekretarz *Dr. Smoleński.*

VI. Kilka wyjątków z księgi Hippokrata: O powietrzu, wodach i miejscach.

Z greckiego przełożył i kilku wyjaśnieniami opatrzył

prof. Dr. Józ. Oettinger.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3.)

22. Prócz tego jeszcze bardzo wielu Skitów popada w płciową nieudolność i kobiecemi zajmuje się sprawami i rozmawia z sobą podobnie jak niewiasty, a zwą się tacy zniemężniałcami (ἀνανδριεῖς). Miejscowi przypisują przyczynę Bogu i poważają takich ludzi i wielbią bojąc się każdy o siebie. Mnie zaś się zdaje, że takie cierpienia są boskie jak wszelkie inne, ani jedno od drugiego nie jest więcéj boskie, ani więcéj ludzkie, lecz wszystkie równe i wszystkie boskie; każde ma swoję przyrodę, a nic się nie dzieje wbrew przyrodzie. A cierpienie owo, jak zdaniem mojém powstaje, opowiem. Od jeżdzenia na koniu dostają nabrzmień około stawu, zwłaszcza, że im ciągle z koni zwisają nogi, potém kuleją i ściągają biodra ci, co mocno zachorowali. Leczą się zaś w ten sposób: jak tylko wszczyna się choroba, po za uchem z każdéj strony żyłę nacinają, a gdy krew odpływa, sen ogarnia ze słabości i usypiają, potém budzą się jedni uzdrowieni, drudzy nie. Owóż mnie się zdaje, że takiém leczeniem nasienie niszczeje, są bowiem koło uszu żyły, które gdy się natnie, to ponacinani stają się bezpłodnymi, sądzę więc, że owe właśnie żyły nacinają. Jak skoro potém przychodzą do niewiast a nie zdołają ich użyć, to zrazu na to nie baczą, lecz spokojnie się zachowują, gdy zaś doświadczywszy dwa, trzy i więcéj razy nic innego nie wskórają, to mniemając, że zgrzeszyli przeciw Bogu, którego mają za sprawcę, wdziewają suknię niewieścią i przyznają się do własnego zniemężnienia, żyją zatém jak kobiety i razem z niewiastami te same, co one wykonywają roboty. Doznają tego z pomiędzy Skitów bogaci, nie najpośledniejsi, lecz najszlachetniejsi i dzierżący największą władzę, z powodu jazdy na koniu, mniéj zaś biedacy, bo nie jeżdzą. A wszakże należałoby raczéj, jak skoro ta choroba od innych więcéj wrzkomo jest boska, aby ona nie napadała jedynie najdostojniejszych i najbogatszych z pośród Skitów, ale wszystkich zarówno, a nawet więcéj tych, co mało posiadają i nie są cenieni, jeżeli Bogowie od ludzi wielbieni tymże sprzyjają i za to łaskami się odwzajemniają. Rzecz bowiem prosta, że bogaci wiele Bogom ofiarują i składają obiaty mając dostatki i cześć oddają; biedacy zaś mniéj, bo nie mają a jeszcze utyskują, że im nie dali dostatków, tak dalece, że za te grzechy posiadający mało powinniby kary raczéj odnosić, niż bogaci. Jednakże jak wyżéj rzekłem, boskie i to, jak wszystko inne, lecz dzieje się każda rzecz według

przyrody, a ta choroba z téj przyczyny Skitom się wydarza, jaką wyłuszczyłem. Ma się podobnie i z innymi ludźmi. Gdzie bowiem wiele a często na koniu jeżdżą, tam bardzo wielu dostaje obrzmień i cierpi na biodra i nogi a do spółkowania bywają najgorsi. Owoż spotyka to Skitów, że z pośród ludzi są płciowo najnieudolniejsi dla wzmiankowanych przyczyn i że zawsze chodzą w szarawarach a najwięcéj czasu na koniach spędzają, iż nawet ręką tykać nie mogą części wstydnych, a od zimna i trudu zapominają o żądzy i spółkowaniu, i nie zabierają się do tego pierwéj, aż póki nie zniemężnieli [1]). Owoż jak się ma z rodem Skitów.

Poprzestaję na tych kilku wyjątkach z księgi hippokratowéj, bo nie wiedząc, o ile one poszły w smak czytelnika, nie chciałbym przynajmniéj nadużywać dłużéj jego cierpliwości.

---

[1]) O tém płciowém kalectwie Skitów, jako karze boskiéj, wspomina Herodot w swéj historyi (ks. I. rozdz. 105) temi słowy: „Skitowie całą zajęli Azyję. Stąd ruszyli na Ajgipt a gdy dostali się do palaistyńskiéj Syryi, Psamitych król Ajgiptu wyszedlszy ku nim darami i prośbami odwrócił ich, iż się daléj naprzód nie posuwali. Ci zaś cofając się, gdy dostali się do miasta syryjskiego Askalonu, to z pośród wielu Skitów mijających je spokojnie mała garstka zatrzymawszy się złupiła świątynię niebiańskiéj Afrodyty (οὐρανίης Ἀφροδίτης); jest zaś ta świątynia, jak się dowiedziałem, najstarsza ze świątyń, jakie ma ta Bogini. . . .

„Na tych zaś ze Skitów, co złupili świątynię w Askalonie, i na ich potomstwo dopuściła Bogini zniewiestną chorobę (θήλεαν νοῦσον); jak i sami przyznają Skitowie, że dla tego chorują i widzą u nich przybywający do kraju Skityjskiego, jak się rzeczy mają; nazywają ich Skitowie zniemężniałymi (ἐνάρεας)“.

Wiele już pisano o téj wzmiankowanéj przez helleńskiego dziejopisa niemocy, o téj Νοῦσος θήλεια, chcąc bliżéj odgadnąć i określić jéj istotę i przyrodę. Rozliczne w tym względzie zdania rozdzielić można według rodzaju domniemywanego zboczenia trojako:

1. Jedni przypuszczają nałóg sprośny a mianowicie: a Chłopcołóztwo *(Paederastia);* zdania tego byli: Longin, Bouhier, Toll i Pearce, Casaubonus i Costar, przyłączy się do nich Jul. Rosenbaum, który w dziele: *Geschichte der Lustseuche. I Theil. Halle* 1839, str. 141—219 szeroko dowodzi, iż tą nazwą oznaczano w starożytności ową postać téj wbrew przyrodzie dokonywanéj rozpusty płciowéj, która przypadała osobie biernéj, wyręczającéj niewiastę a zastępującéj pochwę odbytnicą. Nierządnika takiego zwali Rzymianie Pathicus; b) Samozmazę *(onania),* za którą oświadczył się Sprengel.

2. Chorobę cielesną: a) Krwawnice (Paweł Tomasz de Girac, Valckenarius, Bayer i inni); b) Rodzaj miesiączki (Lefèvre i Dacier); c) Wiewiór *(Urethroblenorrhoea)* — Patin, Hensler i Degen; d) Uwiąd mud (*Atrophia testiculorum)* — Mercurialis i Stark.

3. Chorobę umysłową a zwłaszcza rodzaj zadumy przypuszczali Sauvages, Heyne, Bose, Koray i Friedreich.

Hippokrates okazuje się nam w postaci szlachetnego i światłego szermierza występującego do walki z zabobonem wierzącym w wpływ potęgi nadprzyrodzonéj na tę chorobę. Usiłuje on rzecz wyjaśnić na zasadzie znanych mu praw przyrody, poczytując drogę badania rozumowo doświadczalnego za jedynie wskazaną i zbawienną. Według jego opisu nie może tu być mowy o skutkach jakiéjś rozpusty, będącéj objawem wygórowanéj chuci, gdyż u Skitów popęd płciowy miał być nader słaby. Nowsi zresztą autorowie podali nam przykłady podobnego uwiądu narzędzi płciowych, stwierdzające tém bardziéj opowiadanie starożytnego lekarza, iż niektóre z nich odnoszą się właśnie do tego samego plemienia. Reineggs mówiąc o Tatarach nogajskich w dziele: *Allgem. topograph. Beschreibung des Kaukasus* etc. wydaném w r. 1796 przez Fr. E. Schrödera w tomie I, str. 269, wspomina o chorobie nieuleczniéj nagabującéj mężczyzn, w któréj oni tracą brodę i zdolność płciową, a wtedy unikają towarzystwa mezkiego, mieszkają razem z niewiastami i jak one się ubierają. Sprawdził to także Jul. Klaproth *(Reise in d. Caucasus und nach Georgien, Berlin* 1812, T. I, str. 283). Słynny chirurg Larrey spostrzegał w r. 1799 w czasie wyprawy egipskiéj w wojsku francuskiém zanik mud dobrowolny, który opisuje w pamiętnikach. *(Mémoires de chirurgie militaire et campagnes* T. II. p. 69).

O błonicy *(diphtheritis)* panującéj nagminnie na Podolu.

List II.

Kilka luźnych uwag o błonicy. Porównanie przypadłości w podręcznikach lekarskich z symptomami postrzeganemi podczas teraźniejszéj epidemii. O przyrzucie dyfterytycznym; opisanie niektórych przypadków zarażenia.

Muszę się zastrzedz na wstępie, nie piszę monografii o błonicy, zdaję tylko sprawę z przypadków postrzeganych przezemnie. Mówię z góry: w ciągu 26ciu ubiegłych miesięcy (od 1 października 1877 r. do 1 grudnia 1879) obserwowałem 702 osób dotkniętych błonicą, z tych 400 przelotnie tylko raz, dwa razy najwięcéj, a 302 od wystąpienia choroby aż do pomyślnego lub niepomyślnego jéj rozwiązania.

Otóż wszystko, co nie uszło mojéj uwagi, pragnę tu pragnę tu podać w treściwym przeglądzie. Raz więc jeszcze powtarzam, nie rozprawa to naukowa, ale pogadanka do felietonu waszego pisma nadająca się najwłaściwiéj.

Już wszakże na pierwszym kroku, grupując przypadki, spotykam trudności prawie niepodobne do przebycia. Toż dotąd nie mamy jeszcze należytego wyobrażenia o powstawaniu błonicy, niezgodziliśmy się na podział sprawy téj chorobowéj. Bo weźcie wydatniejsze prace uczonych, traktujące o kwestyi rzeczonéj, jaki tam chaos panuje! Bretonneau, protoplasta, zanim Valleux, który sam padł ofiarą błonicy, Bouchut, Labadie, Legzaye, Senator, Waldenburg, Jacobi, Küchenmeister, Fiedler, Oertel, Eberth, Henoch, aż do postrzeżeń świeżych, tegorocznych Wissa, Heubnera, Eydama, Gnaedingera, każdy ze swoim występuje poglądem, każdy inne zdanie wypowiada. I tak kwestyja bakteryj na pierwszym figuruje planie. Letzerich naprzykład przed 8 albo 9 laty skła dał dowody „powstawania błonicy w skutek rozradzania się pewnego gatunku grzybka. Według niego rozwijające się z konidiów niteczki, przenikają pomiędzy komórki nabłonka, zamieniają przybłonek w drobną rozpadową masę i wnikają w błonę śluzową; jeżeli zaś zarodki przez nadgryzione naczynia dostają się do krwi lub limfy, to powstaje następczo choroba ogólna, *diphtheritis generalis.*“ Dowody przekonywające, a jednak Senator i Langenbeck, nie przypisywali grzybkom wielkiego znaczenia w kwestyi powstawania w mowie będącéj niemocy. Ebert wola, że bez mikrokoków nie masz błonicy, a Oertel wraz z Cohnem już je podporządkowuje i dzieli na tryby o jednym albo kilku rodzajach; występują więc tutaj *Sphaerobactria (micrococcus), Microbactria (Bacter. termo), Spirobactria,* formy nieokreślone itd. Leitgeb znowu dowodzi, że badając błony dyfterytyczne nie znalazł żadnych zarodków grzybków z wyjątkiem *Oidium lactis.* Wiss nareszcie, którego praca ukazała się w roku bieżącym, kwestyję bakteryj uważa za nierozstrzygniętą jeszcze, przypuszcza, że winna być ona przedmiotem dyskusyi, na nowych doświadczeniach opartéj.

Daléj co do przyrody choroby: Jacobi, Oertel, dzielą ją na miejscową i ogólną, Lewin na pierwotną i następową.

Co do poglądów makroskopijnych i histologicznych, także nie wszyscy zgadzają się na jedno, tak dalece, że Wagner i Rindfleisch natknąwszy się na spójność wysięku dyfterytycznego z błoną śluzową, nie odpowiadającą ich poglądom, zaliczyli tę jego odmianę do kategoryi dławca, a Wejgert, idąc w myśl wyżéj wzmiankowanych uczonych, nazwał ową odmianę błonicą wrzekomą, *pseudodiphtheritis*, inny znowu lubownik nomenklatury występuje z dyfteroidem itd. itd. Słowem w całym obozie niepewność, z po za któréj przegląda jasno to mianowicie, że niemocy staréj jak ludzkość zbadać jeszcze nie zdołano. My zaś wyrobnicy, ciurowie, a co najwięcéj luzacy w téj wielkiéj armii lekarskiéj, przysłuchując się poswarkom starszyzny, niewiemy często, do któréj przystać chorągwi, sprawdzić to co mówią luminarze nauki nie zawsze łatwo, bo kiedy jest materyjał do badań przydatny, braknie nam zwykle czasu, kiedy zaś na tym ostatnim zbywa, już materyjału nie znajdziesz. I wynosisz to przekonanie, że albo nowych jeszcze postrzeżeń nam potrzeba, albo wypadnie zgodzić się na jedno, że każda epidemija nosi na sobie piętno czasu, piętno okoliczności, pod wpływem których powstała.

Teraz o przypadłościach dyfteryi mówić nam z kolei wypada.

Że podczas nagminnie panującéj błonicy zapalenia nieżytowe gardła (*angina catarrhalis*) są na porządku dziennym, na to się zgodzi każdy, kto miał zręczność dłużéj albo krócéj przebywać u ogniska zarazy. W zakładzie naukowym, w którym pełnię obowiązki lekarza, liczy się 540 wychowańców; otóż w ubiegłym roku szkolnym (od 1 Września 1878 r. do 1 Lipca 1879) zaznaczyłem 105 przypadków rzeczonego niedomagania, więc około 20%. Miałyżby to być poronne błonicowe formy — jak to niektórzy utrzymują? Wątpię bardzo, dowodzą one atoli pewnéj predyspozycyi, zdarza się bowiem — jakto niżéj zobaczymy, że matka przebywająca czas jakiś w otoczeniu objętém zarazą dostaje słabéj anginy, kiedy jéj drobne dzieci ulegają błonicy, często nader groźnéj. Jeszcze jedna uwaga: zapalenia gardła daleko rzadziéj dosięgają wysokiego rozwoju w okresie trwania epidemii dyfterytycznéj, niżli to ma miejsce w innéj, wolnéj od niéj epoce; tak — wrzody gardziela są u nas teraz wyjątkiem, nawet u osób mających pewną skłonność do tego rodzaju niemocy. Obok zwykłego nieżytu gardła występuje jeszcze inna forma, sadowiąca się na migdałkach mianowicie wrzodzikowe zapalenie, które bym nazwał *angina pustulosa*. Fiedler już na nią zwrócił uwagę, mówi bowiem, — „że często nieznaczne cierpienia gardzieli, jak zapalenie torebek migdałków, uznawane zostają niesłusznie za błonicę“. Manifestuje się ona w ten sposób, że w fałdach błony śluzowéj, okrywającéj obrzmiałe gruczoły, sadowią się małe białe albo żółtawe pęcherzyki, napełnione zbitą nie dającą się uskrobać ropą; pęcherzyki te często rozszerzają się, jakby rozpadają, tworząc ranki z dnem szarawém; niemocy towarzyszy lekki odczyn gorączkowy, a także utrudnione i bolesne przełykanie. Trwa ona od 6 do 12 dni najdłużéj. Oba wyżéj wyszczególnione cierpienia są jakby satelitami błonicy, są gruntem, na którym się ona łatwiéj rozwija, spotykamy je zwykle w rodzinach, gdzie pojedynczy członkowie ulegli dyfteryi. Postrzega się nawet pewnego rodzaju podporządkowanie. I tak — drobiazg dotknięty jest błonicą, starsi ulegają anginie; albo starsi zupełnie są wolni od niéj, wszystkie zaś formy spotykamy u dzieci; jedno — dotknięte błonicą septyczną — umiera, w kilka dni potém zapada drugie, ale tu dyfteryja nieprzechodzi granicy formy krupowéj, a chory przychodzi do siebie, ale zato trzeci, czwarty znowu w dni kilka ulega, pomimo największych ostrożności, nieżytowemu zapaleniu gardła, w trwodze trzymającemu całe otoczenie.

Błonica nieżytowa (katar błonicowy Senatora) objawiała się w sposób następujący: wysięk na migdałkach nieznaczny w postaci błony białawéj, więcéj zbitéj po brzegach, przeźroczystéj pośrodku, rzuconéj kępkami, często nawet przedstawiała się w postaci smugi bardzo podobnéj do rysunku używanego do malowania map, usadowionéj na spęczniałym migdałku o czerwonéj barwie; odczynu gorączkowego brakło albo był bardzo słaby, gruczoły podszczękowe słabo powiększone, nie bardzo czułe przy uciskaniu, przełykanie dość swobodne. Choroba trwała tydzień a najdłużéj półtora tygodnia. Często na drugi dzień następowało pogorszenie, a jednocześnie wytwarzały się błony grubsze, zupełnie nieprzeźroczyste, białe, albo biało-szarawe, ale już ku wieczorowi sprawa chorobowa się wstrzymywała, naturalnie w przypadkach pomyślnego przebiegu. Zastrzegamy tu, że i po rozwiązaniu pomyślném, w okresie zdrowienia, postrzegaliśmy u rekonwalescentów lekkie objawy porażenia gardziela, trwające 4 do 6 dni i przechodzące bez użycia środków lekarskich.

(Dokończenie nastąpi.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 stycznia. Komisyja Rady państwa, mająca obradować nad petycyją względem kwestyi Izb lekarskich, ukonstytuowała się obrawszy posła naszego Dra Gniewosza przewodniczącym a Dra Vosnjaka jego zastępcą. Do Komisyi téj należą i posłowie nasi: Czerkawski (lekarz) i Spławiński. Na pierwszém posiedzeniu Komisyi zapadła uchwała, aby przedewszystkiém wysłuchać zdania Rządu i w tym celu zaprosić reprezentanta rządowego na posiedzenie następne.

* Skład krajowéj Rady sanitarnéj w Morawie na czas od 1880 r. do 1882 włącznie: Przewodniczący Dr. Boner fizyk miejski w Bernie, zastępca jego Dr. Kuh; członkowie: prof. Pissling referent lekarski, lekarze powiatowi: Drowie Linhart i Wolf, Dr. Haller dyrektor, i Dr. Katholicky prymaryjusz szpitala pow. w Bernie.

* Członkami krajowéj Rady zdrowia w Czechach mianowani zostali na następne 3-lecie: radzcy rządowi proff. Jaksch, Halla i Maschka, proff. Kaulich i Weber, dyrektor szpit. powsz. Smoler, wreszcie prof. chemii Gintl członkiem nadzwyczajnym.

* **Praga czeska**. Kwartalnik znany w świecie naukowym, a dawniéj wielkiéj używający wziętości, „*Vierteljahrschrift f. prakt. Heilkunde*,“ który założony przez prof. Hallę wychodził pod jego redakcyją przez 36 lat, przestaje wychodzić w obec zwiększającéj się z każdym dniem konkurencyi na tém polu.

Dr. Alojzy Epstein habilitował się jako docent chorób dziecięcych i miał wykład próbny o żółtaczce noworodków.

* **Petersburg**. Dr. Alfons Erlicki, wychowaniec warszawskiéj szkoły głównéj bronił d. 15 bm. rozprawy swéj celem uzyskania stopnia Dra med. w Akademii medyko-chirurg. Stopień ten p. Erlickiemu przyznano.

* **Berlin**. W dniu 7—10 kwietnia rb. odbędzie się w Berlinie 9ty Zjazd chirurgów niemieckich. — Posiedzenia naukowe odbędą się 7 kwietnia przed i popołudniu w auli uniw., posiedzenia zaś demonstracyjne w klinikach Langenbecka i Bardelebena, gdzie chorzy, mający być przedstawieni, znajdą swe pomieszczenie, również i preparaty przesłać można co kliniki Langenbecka.

Lekarze zakładu Charité święcili setne posiedzenie Stowarzyszenia lek. tego zakładu wspólną biesiadą, śród któréj liczne wznoszono toasty. *Berl. klin. Woch.* podnosi toast rymowany, wypowiedziany przez prof. Adamkiewicza „*pro salute Caritatis.*“

* **Anglija.** Korzystając ze służącego sobie prawa arcybiskup kanterburski nadał stopień doktora medycyny Jakubowi Rogersowi, lekarzowi praktykującemu w Swansea.

* **Mianowania i odznaczenia.** Radca rządowy i prof. Dr. Müller wybrany na 3 lata dyrektorem zakładu weterynarskiego we Wiedniu potwierdzony został przez N. Pana, a adjunkt Korzil zamianowany został prof. ogólnéj patologii i anatomii patol. w tymże zakładzie. — Prof. Samuel Schenk we Wiedniu otrzymał krzyż kawalerski orderu róży brazylijańskiéj. — Proff. Biermer we Wrocławiu i Leydig w Bonn i radca sanitarny Dr. Wicherkiewicz otrzymali order czerwonego orła 4téj kl., prof. Henle w Gietyndze order korony 2giéj, a prof. Lewin w Berlinie order korony pruskiéj 3ciéj kl.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w d. 24 bm. w Uniwersytecie Jagiell. pp. Józef Tarchalski z Czołnochowa w Król. Polskiém i Stefan Filipkiewicz z Krakowa.

* **Nekrologija.** W Devonshire umarł Dr. Wilhelm Budd (urodzony w r. 1811) b. prof. kliniki lek. w szkole lek. w Bristolu, autor wielu prac o chorobach zakaźnych.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 2: Buszka: Przyczynek do statystyki śmiertelności w m. Krakowie (c. d.) — W *Medycynie* Nr. 4: Dunina: Trzy przypadki cierpienia mózgu. (dok.); — Kośmińskiego: Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyję, akomodacyję i ostrość widzenia. (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Józefa Natansona (w Warszawie). Przyczynek do historyi rozwoju glist okrągłych pasorzytnych *(Nematodes)*. (Osobne odbicie z XI tomu Pam. Tow. nauk ścisłych w Paryżu). Paryż, 1879. w 4ce, str. 88 z 4 tabl. litogr. (Ocenę podamy późniéj).

Piśmiennictwo lekarskie. SCHROEDER C. Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane 4 Aufl. 1 Hälfte. M. Holzschn. gr. 8. Leipzig, Gogel. cpl. M. 10.

SCHÜSSLER Dr. Die Heilung d. Diphtheritis a. biochem. Wege 8. Oldenburg, Schulze. M. 50.

THOMAS G. Traité clinique des maladies des femmes. Trad. par Aug. Lutaud. 8. Avec. fig. Paris, Lauwereyns. Fr. 16.

VOIGT G. Für oder wider die Vivisection. 8. Leipzig, Voigt. M. 60.

VULPIAN A. Maladies du système nerveux. 8. Paris, Doin. Fr. 16,

WAGNER Dr. Ist d. acute Gelenkrheumatismus z. d. fieberhaften Infectionskrankheiten zu zählen. gr. 8. Aarau, Sauerländer. M. 1·40,

WISS E. Heilung und Verhütung d. Diphtheritis. gr. 8. Berlin-Hirschwald. M. 1.

ALT A. Compendium d. normalen u. pathol. Histologie d. Auges. M. Holzschn gr. 8. Wiesbaden, Bergmann. M. 10·60.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę tj. dnia 4go lutego rb. o godz. 5téj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém 1) kol. Obaliński mówić będzie o swoich doświadczeniach nad przetoczeniem *(transfusio)* krwi do jamy otrzewnowéj, 2) kol. Lustgarten zaś „o przypadku niezwykłéj choroby gorączkowéj."

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie posiedzenie w Piątek d. 6 lutego o godz. 5 popoł. w sali Akademii Umiejętności, na którém 1) przedstawionym zostanie plan czynności Komisyi w roku bieżącym; 2) kol. Skórczewski odczyta rzecz o dietetyce zdrojowéj.

Korespondencyje Redakcyi i Administracyi.

Dr. R. w Chełmnie: Serdeczne dzięki za życzliwość, ocenę umieścimy w przyszłym numerze, a dalszego ciągu sprawozdania szpitalnego oraz zapowiedzianego sprawozdania z działa B. oczekujemy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

ADMINISTRACYJA
Przeglądu Lekarskiego

załatwiać będzie

reklamacyje z r. 1879

po dzień **15 Lutego r. b.**

Kwartał I. z r. 1879 jest wyczerpanym.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiég, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 7 lutego 1880. № 6. Rok XIX.

TREŚĆ: I. Z zakładu fizyjologicznego prof. Dra Piotrowskiego w Krakowie. SMOLEŃSKI. Inhalacyje rozpylonych płynów jako sposób wprowadzania leków do miąższu płucnego. (Dok.) — II Sprawozdanie z kliniki lekarskiej krakowskiéj z lat czterech. FONIBŁO. IV. Suchoty i gruźlica. (C. d.) — III. KRÓWCZYŃSKI. Leczenie wiewióra przewlekłego. (C d.) — IV. Z oddziału chorób wewnętrznych prymaryjusza Dra Eisensteina we Wiedniu. BIBER. Przypadek tężca gośćcowego. — V. *Oceny i sprawozdania*: GURLTA; O resekcyjach po ranach postrzałowych. Ocenił Dr. Rydygier. — Sprawozdanie z ostatniego rocznika *Rivista sperim. di medicina legale*. — ADAMKIEWICZ. CULLINGWORTH. — *Wiadomości pomniejsze*. — VI. *Odcinek:* ROLLE. O błonicy *(diphtheritis)* panującéj nagminnie na Podolu. List II. (C. d.) — VII. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. — VIII. *Wiadomości bieżące*.

I. Z zakładu fizyjologicznego prof. Dra Piotrowskiego w Krakowie.

Inhalacyje rozpylonych płynów jako sposób wprowadzania leków do miąższu płucnego.

Studyjum doświadczalne

Dra Stanisława Smoleńskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Dośw. VII. Inhalacyja trwała 15 min., 5% roczczyn żel. pot., królik w postawie pionowéj. W płatach dolnych wszędzie dość silna reakcyja, słaba w większych oskrzelach płatów górnych, w szczytach płatów górnych nie ma żadnego oddziaływania.

Dośw. VIII. Postępowanie toż samo. Rezultat taki sam, w górnych płatach, z wyjątkiem początków prowadzących do nich oskrzeli, żadnéj reakcyi.

Aby się przekonać, czyby przez stósowne ułożenie królika podczas inhalacyi nie można doprowadzić płynu do płatów górnych, w następnych dwóch ostatnich doświadczeniach układałem królika na boku, z obniżoną nieco przednią częścią ciała. Sekcyja w tém samém położeniu.

Dośw. IX. Królik na boku prawym, inhalacyja 15 min., 5% rozcz. żel. pot. Wynik badania: lewe płuco — płat dolny okazuje dość słabą reakcyję, płat górny żadnéj, prawe płuco: płaty dolny i środkowy oddziaływają wyraźnie, górny nawet w samym szczycie dość wyraźnie.

Dośw. X. Królik na lewym boku. Inhalacyja 15 min. Wynik badania: prawe płuco — dolny i środkowy płat oddziaływają dość słabo, górny wcale nie, lewe płuco: w płacie dolnym reakcyja dość wyraźna, w górnym również dostrzegalna ale znacznie słabiéj niż w płacie górnym prawym w dośw. IX.

Zestawiając wyniki 10 naszych doświadczeń powiedzieć można:

1) Z cieczy użytéj do inhalacyi bardzo znaczna część ginie bezużytecznie, jużto rozpryskując się w powietrzu, już to osiadając na policzkach, wargach itd.

2) Z niewielkiéj stosunkowo ilości dostającéj się do jamy ustnéj przeważna część osiada na jéj błonie śluzowéj i na tylnéj ścianie połyku i bywa w wielkiéj części połknięta.

3) Co się tyczy ilości dostającéj się po za szparę głosową, oraz głębokości, do jakiéj ciecz wziewana dochodzić może, to różróżnić należy: *a)* czy królik oddycha podczas inhalacyi przez nos (mimo rozwarcia pyszczka); *b)* czy téż zmuszony jest skutkiem zatkania nozdrzy oddychać przez gębę.

W pierwszym razie płyn wziewany przez królika w postawie pionowéj dostaje się tylko wyjątkowo do początku trzeciorzędnych oskrzeli, przy położeniu zaś na boku zaledwie do oskrzeli głównych.

W drugim zaś razie płyn wziewany, jeśli królik oddycha w postawie pionowéj, dochodzi do samego miąższu płuc z wyjątkiem płatów górnych; przez odpowiednie jednak ułożenie królika podczas inhalacyi można pewną ilość płynu wprowadzić i do płatów górnych; w tym celu chcąc, aby płyn doszedł do szczytu prawego trzeba, by królik wziewał leżąc na boku prawym i na odwrót. Przy położeniu na boku prawym łatwiéj się dostaje płyn do szczytu prawego niż do lewego przy położeniu na boku lewym.

Z uwagi, że znaczna część płynu wziewanego zostaje połknięta, inna zaś w pewnéj przynajmniéj ilości musi w jamie ustnéj uledz wessaniu (zob. Karmel, *Die Resorptionsfähigkeit der Mundhöhle, Deutsches Arch. f. klin. Med. 1874)* można powiedzieć, że za pomocą wziewań możemy równocześnie wprowadzić do ustroju pewną część ciała rozpuszczonego przez przewód pokarmowy, a zarazem stósować go bezpośrednio na miąższ płucny.

Sądzę, że nie będzie od rzeczy zastanowić się jeszcze pokrótce nad tém, jak sobie wytłumaczyć wypadki naszych doświadczeń, tudzież o ile takowe zastósować się dadzą do człowieka.

Zbyteczna tu rozbierać nader proste działanie przyrządów inhalacyjnych. Wiadomo, że prąd pary wodnéj wydobywający się z kociołka rurką poziomą porywa zwierzchnie warstewki cieczy (leku), wznoszącéj się w rurce pionowéj i roz-

pryskując je unosi ze sobą. Aby ciecz ta unosiła się z parą a nie opadała na dół, konieczną jest oczywiście pewna siła prądu, który też im więcéj napotyka w drodze przeszkód, tém bardziéj się osłabia, tém też mniéj może ze sobą unosić rozpylonéj cieczy. O tém bardzo łatwo przekonać się można przeprowadzając prąd pary wodnéj, unoszący ze sobą rozpylony rozczyn żelasinku potasu, przez rozmaitéj szerokości i długości rurki szklanne. Jeżeli na wydobywającą się z wolnego końca takich rurek parę wystawiać będziemy pręcik zwilżony rozczynem półtorachlorku żelaza, to przekonamy się, że im rurka jest dłuższą lub węższą, a zwłaszcza im pod ostrzejszym kątem jest zagiętą, tém rychléj i zupełniéj para wodna pozbywa się żelasinku potasowego. Prąd pary wodnéj przeprowadzony przez rurkę szklaną o średnicy 0·5 cm., zagiętą pod kątem 45 stopni, któréj ramiona wynoszą około 10 cm., nie daje już wcale reakcyi, gdyż wszystek rozczyn żelasinku potasu osiada na ścianach rurki, skąd co chwilę musi być wylewany, bo w przeciwnym razie tamuje zupełnie przepływ pary wodnéj; te same rezultaty daje rurka kilkanaście cm. długa, wężykowato lekko pogięta. Daléj jeżeli np. w pewnych warunkach wolny prąd pary wodnéj unosi żelasinek potasowy na 80 cm., to skoro przeprowadzimy go przez lejek zwykle do przyrządu Sieglego dodawany (otwór węższy lejka posiada średnicę 1·5 cm., szerszy 5 cm., długość lejka 10 cm.), zaledwie w odległości 40 cm. znajdziemy jeszcze żelasinek potasu. Przyczyny tego opadania cieczy nie można upatrywać jedynie w niskiéj cieplocie rurek, gdyż i po ogrzaniu takowych prawie taki sam otrzymujemy rezultat.

Podobne warunki znajdujemy i przy inhalacyi. I tu z jednéj strony para wodna stykając się z ciepłotą niższą ciała po części się skrapla a więc traci na sile prądu, z drugiéj zaś zanim dojdzie do szpary głosowéj napotyka na tak liczne mechaniczne zawady w jamie ustnéj, w połyku, krtani itd., że część pary wodnéj, która przebyła szparę głosową, musi już mało zawierać rozpylonéj cieczy, a i z téj znów równie jak na ścianach szklanych rurek musi osiadać dużo na ścianach oskrzeli.

Ale trzeba tu wziąść także na uwagę wpływ prądu powietrza wdychanego czyli siłę ssącą płuc podczas wdechu. Nie można bowiem zaprzeczyć, że prąd ten porywając ze sobą parę wodną, musi też sprzyjać głębszemu dostawaniu się rozpylonéj cieczy do narządu oddechowego. I ta jednak siła nie może cieczy unieść daleko. Prąd powietrza wdechanego nie jest stały lecz przebiega z chyżością zwalniającą, ponieważ w miarę oddalania się od dolnego końca tchawicy suma poprzecznych przecięć poszczególnych dróg oddechowych coraz bardziéj się zwiększa; im głębiéj zatém w płucach, tém prąd powietrza wdychanego jest słabszy, tém korzystniejsze zatém istnieją warunki do opadania cieczy w nim zawieszonéj. Ale siła ssąca płuc nareszcie zupełnie się wyczerpuje na wysokości wdechu, aczkolwiek powietrze na początku tego samego wdechu wciągnięte bynajmniéj nie doszło jeszcze do najdrobniejszych dróg oddechowych, lecz tylko uzupełniło tę część powietrza, która po najgłębszym wydechu w płucach pozostaje. „Tylko u noworodka przy pierwszym wdechu powietrze atmosferyczne aż do pęcherzyków płucnych dochodzi“ (Piotrowski, Fizyjologija I. 379), następnie zaś dochodzi już tylko do powietrza zawartego w płucach w końcu wydechu *(Residualluft)*, z którém drogą wzajemnego przenikania się podczas następnych ruchów oddechowych dostaje się coraz głębiéj. Rzecz prosta, że gdzie już zupełnie lub prawie zupełnie ustał mechaniczny prąd powietrza wdychanego, tam téż i wszelka ciecz zawieszona w témże powietrzu opadać musi.

Jakim jednak sposobem dostaje się takowa w pewnych warunkach do pęcherzyków płucnych? Z doświadczeń naszych wynika dowodnie, że to się dzieje drogą mechanicznego spływania cieczy po ścianach oskrzeli. Widzieliśmy bowiem, że płyn wziewany dochodził prawie tylko do najniższych części płuc (w postawie królika pionowéj do płatów dolnych i środkowego prawego, w położeniu na boku do płuca niżéj położonego a nawet do szczytu odpowiedniego płuca).

Wpływ więc prądu powietrza na ciecz wziewaną nie ulega wprawdzie wątpliwości, ale ogranicza się on tylko do początku narządu oddechowego aż do większych oskrzeli; gdzie prąd ten jest jeszcze silny, tam może porywać ciecz do pewnego stopnia nawet wbrew prawu ciężkości, jak świadczy reakcyja w początkach oskrzeli płatów górnych przy pionowéj postawie królika podczas inhalacyi i sekcyi. W dalszym przebiegu oskrzeli płatów górnych ciężar cieczy przemaga nad siłą prądu powietrza, to też już daléj w tych warunkach ciecz dostać się nie może. Przy położeniu zaś na boku kierunek siły ciężkości zbliża się do kierunku prądu powietrza, skutkiem czego łatwiéj ciecz do płatów górnych dochodzić może. Toż samo rozumie się o płatach dolnych, gdzie prócz siły prądu powietrza wdychanego zależy to przeważnie od ułożenia królika, ile i jak głęboko ciecz dochodzi. Szczegół w doświadczeniach naszych kilkakrotnie stwierdzony, że przy pionowéj postawie królika wybitniejsza zazwyczaj powstawała reakcyja w dolnych częściach płuca prawego niż lewego, polega prawdopodobnie na tém, że oskrzel prawy, jak to wbrew utartym wyobrażeniom wykazuje Aeby (*Die Gestalt des Bronchialbaumes und die Homologie der Lungenlappen. Medic. Centralbl.* 1878 Nr. 16) przynajmniéj u człowieka przebiega więcéj pionowo niż lewy, przez co lepsze istniałyby w oskrzelu warunki dla spływania cieczy, — tudzież że w oskrzelu tym (także stosunkowo szerszym, Sée, *Du calibre de la trachée et des bronches, Bulletin de l' Acad. de médecine. 2. Serie.* t. 7. Nr. 17) istnieje też prawdopodobnie silniejszy prąd powietrza. Czy dla tych samych przyczyn w doświadczeniach naszych łatwiéj dostawała się ciecz do szczytu prawego przy położeniu królika na boku prawym niż do szczytu lewego, gdy królik leżał na boku lewym, lub też było to tylko przypadkowém, nie umiem rozstrzygnąć.

Zebrawszy to co się rzekło powyżéj, można do trzech poprzednich prawideł dodać:

4) Ilość płynu i głębokość, do jakiéj tenże dochodzi do narządu oddechowego, zależy przeważnie od mechanicznego spływania tegoż po ścianach dróg oddechowych a w większych oskrzelach także i od prądu powietrza wdychanego; z tego znów wynika, że od ułożenia królika w znacznéj części zawisło, do któréj części płuc ciecz dostać się może.

Czy jednak wypadki naszych doświadczeń można zastósować i do człowieka?

Nie ulega wątpliwości, że u człowieka z powodu większéj przestronności jamy ustnéj (o większéj przestronności otworu ustnego już nie mówię, gdyż przez sztuczne rozszerzenie tegoż u królika warunki te w naszych doświadczeniach zostały mniéj więcéj zrównoważone), większéj szeroko-

ści szpary głosowéj, tchawicy i oskrzeli, tudzież z powodu większéj zazwyczaj siły wdechowéj więcéj niż u królika dostać się winno płynu rozpylonego do pierwszych dróg oddechowych. Trzeba jednak z drugiéj strony wziąć na uwagę, że inhalacyja nie może zazwyczaj u człowieka być stósowaną tak długo jak w naszych doświadczeniach, że chory jako więcéj drażliwy już z większych dróg oddechowych częstokroć płyn wziewany musi odkrztuszać, że nareszcie o ile szerokość dróg oddechowych może stanowić warunek korzystny dla głębszego dostawania się cieczy, o tyle ich długość musi się przyczyniać do osadzania się płynu na ścianach tchawicy i oskrzeli. Warunki zatém są mniéj więcéj jednakie, godzi się więc przypuścić, że i wyniki inhalacyj będą u człowieka podobne jak w naszych doświadczeniach; sposób zaś, w jaki ciecz dostaje się do pęcherzyków płucnych, jako oparty na prawach fizycznych, musi być taki sam, tj. tak jak u królika ciecz wziewana ulega przedewszystkiém prawom ciężkości a w większych oskrzelach i prądowi powietrza wdychanego, który jednak sam przez się żadną miarą nie może cieczy téj doprowadzać aż do najdrobniejszych oskrzeli i pęcherzyków płucnych.

Inne jest pytanie, czy u schotników (bo takich tu chorych przeważnie mam na myśli) można zawsze tak znaczną ilość cieczy wprowadzić do pierwszych dróg oddechowych, aby takowa spływając po ścianach oskrzeli mogła się jeszcze w dostatecznéj ilości dostać do miąższu płucnego. Przypominam w tym względzie przypady postrzegane podczas inhalacyj u królika. Występujące w krótkim czasie charczenie, oddech nieraz bardzo znacznie utrudniony i mozolny skutkiem, że tak powiem, sztucznego obrzęku płuc, nie mogłyby dla chorego być obojętnemi, jak to zresztą stwierdzają postrzeżenia Draschego (l. c.), według którego chorzy najczęściéj podczas inhalacyi doznawali duszności, braku powietrza, a nawet objawów zaduszenia, że pominę wiele innych mniéj lub więcéj ważnych nieprzyjemnych przypadów ubocznych. Trzeba tu także zważyć nadzwyczajne nieraz przeszkody, na jakie prąd wziewanéj cieczy napotykać może w płucach dotkniętych pewnemi postaciami suchót płucnych. Ścieśnienie światła oskrzelików przez otaczający naciek zapalny, nagromadzenie w nich wypociny, unieruchomienie niejako dotkniętego sprawą chorobową miąższu płucnego podczas ruchów oddechowych, osłabienie mięśni oddechowych itp. okoliczności utrudniają w wysokim stopniu należyty przewiew płuc, a tém samém mogą stać na zawadzie dostawaniu się wziewanego płynu do miąższu płucnego. To samo powiedzieć można o wielkich jamach rozpadowych o ścianach zbitych i niepodatnych, w których bardzo niedostateczna tylko może istnieć odnowa powietrza; najkorzystniejsze jeszcze warunki mogą przedstawiać jamy komunikujące z większym oskrzelem, po którego ścianach łatwiéj ciecz wziewana spływać może. Mimo to nie wątpię, że w pewnych przynajmniéj postaciach suchót płucnych inhalacyje leków płynnych jako sposób stósowania takowych bezpośrednio na schorzały miąższ płucny mogą się okazać bardzo praktycznemi.

Znajomość prawideł, według których płyny wziewane dostać się mogą do miąższu płucnego, oraz warunków do tego niezbędnych, może lekarzom dać pewne wskazówki, jakby można lokalizować poniekąd działanie leku do pożądanéj części płuc. Ponieważ np. sprawa suchotnicza płuc rozpoczynać się najczęściéj zwykła w płatach górnych, pożądanémby było, aby wziewany lek płynny w jak największéj ilości dochodzić mógł do szczytów płucnych; tymczasem, jak to wynika z naszych doświadczeń, przy zwykłym sposobie inhalacyj, tj. w postawie siedzącéj lub stojącéj chorego, lek wziewany dochodzić może zaledwie do początków oskrzeli prowadzących do płatów górnych (przenosząc wypadki nasze wprost na człowieka). Doświadczenia nasze IX i X mogłyby tu dać pewne wskazówki, czyby w celu doprowadzenia leku wziewanego do płatów górnych nie powinien chory wziewać leżący i to gdyby szło o szczyt prawy na boku prawym, gdy o lewy na boku lewym, z lekkiém obniżeniem górnéj części tułowia. Sądząc analogicznie można również przypuścić, że gdyby szło np. tylko o płat dolny płuca prawego, możnaby układając chorego podczas inhalacyi na boku prawym z podniesionym nieco tułowiem doprowadzić do płatu tego dostateczną ilość leku oszczędzając mniéj więcéj resztę płuc.

Przekracza to już wprawdzie właściwy zakres niniejszéj pracy, ale pozwolę sobie wyrazić na tém miejscu swe przekonanie, że nie wszystkie przypadki suchót płucnych bez względu na ich przyrodę, okres itp. nadawać się winny do leczenia za pomocą inhalacyj rozpylonych leków płynnych. Prócz leku, a dotąd wszystkie proponowane są nader wątpliwéj wartości, chory wdycha ciepłą parę wodną; wiadomo zaś, że w pewnych postaciach suchót płucnych wilgotne ciepło może znacznie przyspieszyć rozpad nacieków serowatych. Że zresztą niektóre postacie suchót płucnych mogą bardzo utrudniać a nawet wręcz uniemożebniać dostawanie się wziewanego płynu do pożądanéj części miąższu płucnego, mówiłem już powyżéj. Sądzę, że wszystkich przypadków suchót płucnych nigdy nie będzie można, jak się to dziś stało tu i owdzie modą, leczyć w czambuł za pomocą inhalacyj leków płynnych, choćby leki te w przyszłości na większe zasługiwały zaufanie, niż wszystkie dotychczas ze stanowiska nieuzasadnionéj teoryi zachwalane. Które postacie suchót płucnych do takich inhalacyj nadawać się winny a które nie, należy do zadań klinicznych.

W końcu namienić wypada, że wyniki wziewań środków płynnych nie mogą się o wiele różnić, czy użyjemy do inhalacyj przyrządu Sieglego, lub innéj jego odmiany; wszelkie bowiem różnice i modyfikacyje w budowie dotychczasowych przyrządów inhalacyjnych dotyczą tylko szczegółów mniejszéj doniosłości. Można wprawdzie powiedzieć, że powiększony przyrząd Sieglego, jakiego np. używał do swych doświadczeń Schottelius, z większą siłą wyrzucać może prąd pary wodnéj, i ta wszakże zaleta nie może znacznie wpływać na wyniki inhalacyj. Najgorsze muszą być oczywiście te „ulepszenia“ przyrządów inhalacyjnych, które przyczyniają się do osłabienia prądu pary wodnéj i ułatwiają opadanie rozpylonego płynu, zanim się dostanie do jamy ustnéj; do takich zaliczam przyrząd jednego z lekarzy warszawskich, który przeprowadza prąd pary wodnéj, unoszącéj rozpylony lek płynny, przez długą cewę kauczukową, pilnie oziębiać się mającą. Przyrząd ten znam tylko z opisu, ale można być pewnym, że przez cewę długą, a do tego oziębianą, bardzo tylko mało a może i nic nie dochodzi leku do jamy ustnéj (chyba o ile się z cewy do ust wyleje), gdyż wszystek lek ze znaczną częścią pary wodnéj skroplić się musi na ścianach rury. Nawet przeprowadzanie prądu pary przez używany zazwyczaj lejek szklany, o ile czyni inhalacyję mniéj nieprzyjemną, gdyż zapobiega rozpryskiwaniu się płynu na twarz chorego, o tyle z pewnością przyczynia się do zmniejszenia ilości leku dostającego się do jamy ustnéj, a więc i do narządu oddechowego; ta część bowiem leku, któ-

ra bez użycia lejka rozpryskałaby się po twarzy i odzieży chorego, osiada w razie użycia lejka po większéj części na jego ścianach i spływa do jamy ustnéj lub na ziemię; prócz tego lejek przyczynia się o tyle do uszczuplenia płynu dostającego się do narzadu oddechowego, o ile osłabia jakeśmy widzieli prąd pary wodnéj i o ile światło jego jest węższe od otworu ustnego. Jeżeli chcemy użyć lejka, to tenże winien być możliwie szeroki i krótki. Najkorzystniéj w zasadzie byłoby wziewać bezpośrednio; w celu zapobieżenia nieprzyjemnemu rozpryskiwaniu się płynu, możnaby użyć maski. Przyciskanie języka ku dołowi a lepiéj wyciąganie, mierne przechylenie głowy ku dołowi a przedewszystkiém baczenie, by chory oddychał ustami nie nosem (gdyby tego nie umiał trzebaby nos zatkać) i wykonywał głębokie ruchy oddechowe, są to zabiegi bardzo ważne, gdyż zmniejszają zawady, na jakie prąd pary napotyka i umożebniają dostawanie się większéj ilości leku płynnego do dróg oddechowych.

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

IV. Suchoty i gruźlica.

Opracował Dr. **St. Ponikło**,
Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Powikłania. Co do powikłań, uwzględnimy tylko historyje chorób tych przypadków, które zakończyły się śmiercią, które zatém we wszystkich szczegółach stwierdzone zostały oględzinami pośmiertnemi. Liczba tych przypadków wynosi 31.

1) Zmiany chorobowe krtani, tchawicy i większych oskrzeli wikłały się z pierwotném cierpieniem płuc w 11tu przypadkach, czyli w 35%. Najczęstszą zmianą (w niektórych przypadkach obok innych zmian) były mniéj lub więcéj rozległe owrzodzenia błony śluzowéj tylnéj ściany krtani tuż po nad miejscem uczepienia więzadeł głosowych. Udowodniono je w 7miu przypadkach.

W dwu przypadkach wykazano owrzodzenia brzegów i tylnéj ściany nagłośni, w jednym przypadku znachodził się wrzód podłużny wzdłuż samego więzadła prawdziwego prawego.

W 2u przypadkach zmiana chorobowa krtani i tchawicy polegała głównie na nadmiernym przeroście błony śluzowéj która z błoną podśluzową zlewała się w jednolitą, na rozkroju białawo-szaro zabarwioną, twardą, chrząstkowatą tkaninę. Powierzchnia błony śluzowéj była pokryta licznemi wybujałościami guzkowatemi, pomiędzy któremi liczne okrągłe lub podłużne ubytki tkaniny. Więzadła głosowe również zgrubiałe bezkształtne, pokryte podobnemi wybujałościami. Zmiana zajmowała błonę śluzową całéj krtani i tchawicy aż do głównych oskrzeli w obu przypadkach [1]).

Zapalenie ochrzęstnéj chrząstek nalewkowych z następowém ogołoceniem i częściowém obumarciem chrząstek postrzeżono w dwu przypadkach; w jednym przypadku w ten sposób schorzałą była część chrząstki pierścieniowéj.

W czterech przypadkach znachodziły się rozległe zmiany chorobowe w tchawicy i oskrzelach 1go rzędu, polegające na rozległém zapaleniu błonicowém błony śluzowéj: prawie cały obszar błony śluzowéj był naciekły masą brudno-szarą, z trudnością dającą się oddzielić od błony śluzowéj, nadto w licznych miejscach znachodziły się różnokształtne owrzodzenia.

Głębsze zmiany chorobowe krtani i tchawicy pojawiały się w naszych przypadkach przeważnie w okresie późniejszym cierpienia pierwotnego płuc; w 2u przypadkach jednak chorzy podawali przypady krtaniowe, jak chrypkę, bolesność przy mówieniu, utrudnione połykanie (z powodu schorzenia tylnéj ściany) jako pierwsze objawy, które zwróciły ich uwagę. W obu przypadkach wykazano za pomocą badania wziernikowego dość znaczne zmiany chorobowe, jak wrzody na tylnéj ścianie, połączone z obrzmieniem nagłośni i więzadeł, w jednym przypadku z porażeniem jednego z więzadeł, gdy badanie fizyczne klatki piersiowéj nieznaczne tylko zmiany w szczytach wykazało, a przypadów podmiotowych znaczniejszych nie było. Zbyt mało mamy danych, aby się zastanawiać, ażali przypadkiem zmiany chorobowe krtani w tych przypadkach nie mogły być pierwotnemi, lecz musimy w każdym razie orzec, że rozwinęły się w bardzo wczesnym okresie zmian chorobowych w płucach.

2) Inne powikłania ze strony narządu oddechowego były następujące: w 2u przypadkach świeże zapalenie włóknikowo-surowicze opłucnéj, w 1ym przypadku otorbiona wypocina opłucnowa ropiasta po stronie prawéj, a w jednym przypadku odma klatki piersiowéj z następowém rozwinięciem się zapalenia opłucnéj z wypociną surowiczą! Nie wspominamy tu o powikłaniach nadzwyczaj częstych, jak o zapaleniu opłucnéj zlepném z wytworzeniem się zrostów łączno-tkankowych, lub o miejscowém ograniczoném rozsianiu gruzełków na opłucnéj lub w miąższu płucnym około ognisk sérowatych, gdyż zmiany te nieomal przy oględzinach pośmiertnych każdego suchotnika znaleść można.

Nadto znaleziono w dwu przypadkach ślady obfitych krwotoków z jam, które były bezpośrednią przyczyną śmierci.

3) Zmiany chorobowe jelit znaleziono w 23ch przypadkach czyli w 74% ogólnéj liczby. W 7u z tych przypadków ograniczała się zmiana chorobowa do obecności mniéj lub więcéj licznych obrzęków gruczołów odosobnionych tak na błonie śluzowéj jelita biodrowego jak grubego, tudzież kępek Peyera; obok tego znachodziły się liczne wrzodziki okrągłe, wielkości od 1—3 milim. o brzegach zgrubiałych nieco podminowanych, lecz gładkich, w niektórych miejscach

[1]) Forma ta schorzenia krtani i tchawicy w przebiegu suchót płucnych jest ciekawą ze względu na zmiany histologiczne. Sprawozdawca miał sposobność badania krtani w obu przypadkach i znalazł: 1) znaczne nacieczenie komórkami wypocinowemi całéj warstwy błony śluzowéj, najobfitsze tuż pod przybłonkiem, gdzie tworzą się drobne wybujałości, złożone z tkanki zupełnie równorzędnéj, zwykłéj ziarninie jaka się tworzy np. podczas zabliźniania się wrzodów i ran. Wybujałości te wątłe, mało unaczynione rozpadają się bardzo rychło, tworząc drobne, nieregularne owrzodzenia, na których dnie rychło się tworzą nowe wybujałości ziarninowe, które w krótce ten sam los spotyka itd. Wśród komórek wypocinowych znachodzą się tu i owdzie komórki olbrzymie. 2) W błonie podśluzowéj również obfity naciek komórkowy, w wielu miejscach poczynający się przeistaczać w młodą tkankę łączną. 3) Czasem w błonie podśluzowéj twory odpowiednie gruzełkom prosowatym. Cała sprawa ma cechę gnuśno rozwijającego się zapalenia ziarninowego, wielce podobnego do zapaleń ziarninowych stawów przez Billrotha opisanych (*arthritis fungosa, tumor albus*).

można było postrzedz kilka takich wrzodzików torebkowych tuż obok siebie, poczynających się zlewać w jeden wrzodzik większy. Gruczoły karkowe były miernie powiększone, soczyste, kruche, w kilku przypadkach poczynające ulegać przeistoczeniu serowatemu (*ulcera follicularia*).

W reszcie przypadków, tj. 16 zatém 50% ogólnéj liczby, przedstawiała błona śluzowa jelita biodrowego, po części i grubego rozległe owrzodzenia różnokształtne o dnie zasianém gruzełkami prosowatemi, przyczém otrzewna odpowiadająca dnom wrzodów przedstawiała bardzo często obraz miejscowéj gruźlicy prosowatéj. W dwu z tych przypadków wrzody znajdowały się wyłącznie w jelicie grubém; w jelicie biodrowém nie było ich zupełnie (*ulcera tuberculosa*).

W 3ch przypadkach przedstawiało jelito grube obraz zapalenia dławcowo-błonicowego: błona śluzowa zajętych miejsc, najwięcéj w zakrzywieniu esowatém i odbytnicy, raz także w dolnéj części jelita biodrowego, była jak gdyby polana masą brudno-szaro-żółtą, dającą się tu i owdzie oddzielić od przekrwionéj i przybłonka pozbawionéj powierzchni, w innych miejscach głębiéj w miąższ błony śluzowéj wnikająca; wśród tego znachodziły się liczne drobne nieregularne owrzodzenia. Zmiana ta była rozpoznaną we wszystkich przypadkach i cechowała się przypadami, właściwemi czerwonce, jak parciem na stolec tudzież obecnością stolców śluzowo-ropnych z domieszanemi strzępkami masy zgorzelinowéj i krwi, występowała zawsze jako sprawa końcowa.

We wszystkich przypadkach owrzodzeń jelit przedstawiały gruczoły krezkowe różne stopnie przeistoczenia serowatego. W jednym wielce pouczającym przypadku można było śledzić rozwój gruzełków w ścianach naczyń chłonnych, prowadzących od wrzodu do odpowiedniego gruczołu.

Powyżéj opisane zmiany jelit towarzyszyły prawie we wszystkich przypadkach rozległym zmianom chorobowym w płucach jako zmiany następowe. Wyjątek stanowi jeden z naszych przypadków, którego przebieg kliniczny skłania wielce do tego, aby zmiany jelitowe uznać za pierwotne.

W. K. lat 21, uczeń gimnazyjalny, przybył do kliniki lekarskiéj w dniu 15/10 1876. Rodzice i rodzeństwo żyją, zupełnie zdrowi; oprócz zimnicy nie przebywał żadnych chorób. Przed 2ma laty, zatém w 19ym roku życia, z przyczyn niewiadomych doznał silnego bólu w dołku podsercowym, połączonego z częstém odbijaniem, wymiotami i biegunką. Ból wprawdzie po kilku dniach ustąpił, lecz biegunka. i zupełny brak łaknienia utrzymywały się przez 3 miesiące. Po upływie tego czasu i te przypady częściowo ustąpiły, lecz odtąd aż do obecnéj chwili stan zdrowia chorego odnośnie narządu trawienia nie wrócił do prawidłowości; doznaje wciąż braku łaknienia, niesmaku w ustach, niekiedy pojawia się silna biegunka, gdy innym razem zaparcie stolca utrzymuje się przez 5—6 dni. Właściwe cierpienie, dla którego chory szuka pomocy lekarskiéj, datuje się od 4 miesięcy: chory wtedy dostał nagle po kilkudniowém zaparciu stolca silnéj biegunki, która dochodziła nieraz kilkunastu wypróżnień na dobę, połączonéj z bólem i silném parciem. Chory przywykły do podobnych objawów nie przywięzywał do tego znaczniejszéj wagi, spodziewając się, jak to nieraz dotąd bywało, ustąpienia cierpienia. Biegunka jednak, nadto brak apetytu, nudności, od czasu do czasu występujące wymioty trwały uporczywie i sprowadziły znaczny upadek sił chorego, tak że tenże przez 2 miesiące większą połowę dnia w łóżku pozostawać musiał. W ciągu tego czasu zauważył chory w okolicy podpępkowéj prawéj małe obrzmienie, wypukłające nieco powłoki brzuszne, twarde, przy ucisku bolesne, które wkrótce doszło rozmiarów gęsiego jaja. Od tego okresu dopiero datuje chory nasz pierwsze pojawienie się przypadów ze strony narządu oddechowego, tj. kaszlu, po części suchego i lekkiéj duszności.

Stan obecny: Mężczyzna wzrostu średniego źle odżywiony; skóra cienka, wiotka, blada; tkanka tłuszczowa prawie zupełnie zanikła. Gruczoły chłonne karkowe i pachwinowe nieco powiększone.

Twarz chorego wychudła nosi na sobie wyraz głębokiego cierpienia; oczy zapadłe, kości licowe wyraźnie się rysują.

Błona śluzowa warg i dziąseł blada, niedokrewna. Na błonie śluzowéj podniebienia miękkiego, łuków podniebiennych i tylnéj ściany gardziela napotykamy lekkiego stopnia zaczerwienienie i przerost gruczołów śluzowych.

Szyja długości prawidłowéj; żyły szyjne nieco rozdęte przeświecają przez skórę. Dołki nadobojczykowe znacznie zagłębione; lewy nieco głębszy, niż prawy.

Klatka piersiowa dość długa, wałeczkowata, wązka; wymiary głębokości i szerokości prawie jednakowe. Ruchy oddechowe płytkie, tor tychże obojczykowo-przeponowy. Nieco mniejsza poruszalność szczytu prawego. Z tyłu okazuje klatka piersiowa nieznaczną nieforemność, do któréj daje powód lekkie wygięcie kręgosłupa ku stronie lewéj.

Wypuk w szczycie po stronie prawéj z przodu lekko stłumiony aż do żebra 2go; poniżéj jawny, pełny w granicach prawidłowych. Po stronie lewéj z przodu odgłos wypukowy jawny, pełny. Z tyłu (odwrotnie jak z przodu) w szczycie lewym aż do górnego brzegu łopatki odgłos wypukowy stłumiony, w szczycie prawym jawniejszy, lecz w porównaniu z odgłosem wypukowym części niższych również nieco przytłumiony.

Przysłuch wykazuje z przodu po stronie prawéj w części górnéj, w miejscu odpowiedniém stłumieniu, wdech nieoznaczony, wydech przedłużony, mocno słyszalny, poniżéj wdech pęcherzykowy, wydech słabo słyszalny. Z przodu po stronie lewéj wszędzie szmery oddechowe prawidłowe. Z tyłu po stronie prawéj w szczycie wdech pęcherzykowy miękki, wydech słyszalny, w częściach niższych również szmery oddechowe prawidłowe. W szczycie lewym wdech mocno zaostrzony, wydech przedłużony; poniżéj wdech pęcherzykowy, wydech słabo słyszalny. Rzężeń żadnych nigdzie nie słychać. Z przypadów podmiotowych lekki kaszel, nie zbyt częsty; plwociny dość skąpe, przeważnie śluzowe. Stłumienie sercowe rozmiarów prawidłowych. Tony sercowe czyste, słabe. Tętno małe, miękkie 80 r.

Brzuch lekko wklęsły; tylko w okolicy żołądka i po nad kiszką ślepą nieznacznie wyniosły. Przy obmacaniu zatoki biodrowéj prawéj w miejscu odpowiadającém położeniu kiszki ślepéj wybadać się daje guz wielkości gęsiego jaja, dość twardy, bolesny, o powierzchni nierównéj, grudkowatéj. W obrzęku tym wykazać można przy dokładniejszém badaniu część twardszą, wielkości orzecha laskowego, przesuwalną po powierzchni samego obrzęku, w głąb takowego wgnieść się dającą. Skóra po nad obrzękiem przesuwalna; obrzęk sam nie ogranicza się tylko do okolicy kiszki ślepéj, lecz w lekkiém zagięciu dochodzi ku stosowi kręgowemu. W kiszce grubéj zstępującéj i esowatéj wybadać można nagromadzony kał zbity. Z przypadów podmiotowych bolesność w okolicy obrzęku wzmagająca się za uciskiem, brak łaknienia, częste odbijanie, czasem wymioty, biegunka częsta (kilka ra-

zy na dobę). Kał wodnisty, dobrze żółcią zabarwiony, zawiera grudki zbitsze, wielkości orzecha.

Mocz skąpy, barwy wysycono winno-żółtéj; wszystkie składniki prawidłowe.

Przez kilka następnych dni główne przypady jak biegunka, bolesność w okolicy obrzęku, kaszel utrzymywały się bez przerwy. Ciepłota ciała podniesiona, okazująca tor gorączki zwalniającéj ze znacznemi eksacerbacyjami wieczornemi (rano 37·5—39·0, wieczór 38·5—40·0° C.)

Rozpoznano: gruźlicę prosowatą płuc u osobnika zołzowego z towarzyszącemi owrzodzeniami jelit, które wywołały zapalenie otrzewnéj miejscowe w okolicy kiszki ślepéj. Rozpoznano w ten sposób drogą wykluczenia, biorąc na uwagę niestosunek zachodzący między gorączką wysoką a nieznacznemi objawami fizycznemi w płucach.

Objawy wyżéj wspomniane obok wzmagającego się od czasu do czasu nasilenia gorączki, połączonéj z dreszczami i potami trwały daléj; obrzęk w okolicy podpępkowéj się zwiększał; biegunka doszła znacznego stopnia (kilkanaście wypróżnień dziennych). Znaczne osłabienie i upadek sił. Pod koniec poczęła się pojawiać w stolcach krew, ropa i strzępki masy zgorzelinowéj. Zmiany chorobowe w płucach przytém nie zmieniły się w niczém; przez cały czas obserwacyi nie stwierdzono ani jednego rzężenia. Chory zmarł śród powyższych przypadów w 6 tygodni od czasu pierwszego badania.

Badanie pośmiertne wykazało:

Zwłoki mężczyzny bardzo źle odżywionego; powłoki ogólne woskowo-blade, podściółka tłuszczowa zupełnie zanikła.

Kości czaszkowe miernéj grubości; opona twarda miernie napięta, gładka. Opony miękkie blade, nieprzeźroczyste, cienkie. Miąższ mózgu mierną ilość krwi okazujący, spójności prawidłowéj.

Płuco prawe wolne, opłucna gładka, połyskująca; na przekroju miąższ całego płuca jasno-różowo zabarwiony, wszędzie powietrze zawierający; wśród miąższu bardzo liczne gęsto rozsiane gruzełki prosowate. Płuco lewe w szczycie lekko do opłucnéj żebrowéj pasmami łączno-tkankowemi przyrośnięte.

Na przekroju w części górnéj znaczna ilość guzków, dochodzących wielkości małego grochu, żółtawych, po nad poziom przekroju wysterczających; w szczycie kilka drobnych jamek 3—5 milim. w średnicy, otoczonych miąższem zbitym, o ścianach gładkich, połyskujących. W dolnych częściach płuca liczne gruzełki prosowate, szare, gęsto rozsiane.

Serce rozmiarów prawidłowych, skurczone; w jamach sercowych skąpa ilość skrzepów ciemno-czerwonych, wiotkich; zastawki gładkie, cienkie; błona wewnętrzna wielkich naczyń gładka, połyskująca; miąższ sercowy blado-żółtawy, połyskujący, kruchy. Otrzewna tak trzewowa jak ścienna zasiana bardzo licznemi guzkami, prosowatemi, szaremi, w wielu miejscach zlewającemi się w gromadki. Największa ilość takowych znachodzi się na otrzewnéj jelita biodrowego i blaszkach kreski; nadto otrzewna w wielu miejscach przekrwiona, ćma, przy dotyku lepka. Naokoło całego jelita ślepego znachodzą się błony wrzekome, łączno-tkankowe, obejmujące całe jelito warstwą na kilka milim. grubą.

Wątroba powiększona, przedstawia obraz stłuszczenia ostrego miernego stopnia.

Śledziona $1^1/_2$ raza powiększona; na przekroju jasnowiśniowym przedstawia liczne guzki okrągłe szarawo-żółte od wielkości prosa do wielkości małego grochu; miąższ śledziony dość spoisty.

Nerki rozmiarów prawidłowych nie okazują żadnych zboczeń chorobowych.

Błona śluzowa jelita cienkiego przedstawia liczne guzki drobne, wielkości siemienia szarawo-żółte nieznacznie ponad poziom wyniosłe, tu i owdzie ze sobą się zlewające; niektóre z nich okazują na szczycie okrągły talerzykowaty ubytek o brzegach nieco podwiniętych; nadto widać drobne blizny szarawe, wielkości soczewicy, gęsto rozsiane obrzęki gruczołów odosobnionych, wrzodziki torebkowe czyli mieszkowe (*ulcera follicularia*) i blizny po takowych. Takież zmiany znachodzą się również w jelicie grubém. Błona śluzowa zakrzywienia esowatego i odbytnicy jakby polana masą brunatno-żółtą o powierzchni nierównéj, łatwo w pasmach i strzępkach oddzielać się dającą od powierzchni. Prócz tego w jelicie biodrowém kilka wrzodów do 1 cm. w średnicy, sięgających aż do tkanki otrzewnowéj, o brzegach zgrubiałych o dnie pokrytém gruzełkami prosowatemi.

Gruczoły krézkowe znacznie powiększone, na przekroju żółtawo zabarwione, naciekłe masą serowatą. Największe i najbardziéj serowato przeistoczone znajdują się w sąsiedztwie wrzodów, t. j. w krezce jelita biodrowego i ślepego.

Rozpoznanie anatomiczne: Blizny po przebytém zapaleniu mieszkowém przewlekłém jelit. Zwyrodnienie serowate gruczołów krezkowych. Wrzody gruźlicze jelita biodrowego z następowém zapaleniem otrzewnéj kiszki ślepéj. Gruźlica prosowata ogólna (przeważnie płuc i otrzewnéj), końcowe zapalenie dławcowe jelita grubego.

(Dok. nastąpi.)

III. Leczenie wiewióra przewlekłego.

Napisał Dr. Ż. **Krówczyński** we Lwowie.

(Rzecz czytana na posiedz. sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Wyjmując endoskop zmieniamy obraz wchodząc do części gąbczastéj. Tu znajdujemy środkową figurę w postaci szczeliny poprzecznie ułożonéj lub dążącéj ku poprzecznemu ułożeniu, stożek stosunkowo długi tworzą ściany różowo zabarwione; załamanie się ścian cewki jest bardzo nieznaczne i nie wchodzi znacznie do wnętrza endoskopu, a na szczycie załamania jest kółko świetlne ułożone tak samo, jak środkowa figura i jest ono bardzo wązkie. Przy dokładném oświetleniu widzimy, że kółko świetlne składa się z drobniuchnych prążków świetlnych, bardzo blizko siebie ułożonych, których pochylanie się wraz z ścianami ku środkowéj figurze spostrzegać się daje. Kółko świetlne i prążki na ścianach odpowiadają fałdom podłużnym cewki prawidłowéj. Przy ujściu zewnętrznem i w okolicy dołka czółenkowatego znowu inaczéj przedstawia się obraz cewki. Środkowa figura jest znowu pionową ciemną szczeliną o obszerniejszych rozmiarach, ściany stożka są blado różowe i zwolna pochylają się ku środkowi, co sprawia, że stożek jest długim; kółko zaś świetlne znajduje się tuż przy końcu cewkowym endoskopu, jest wązkie i prawie zupełnie nieprążkowane, a na ścianach nawet przy najsilniejszém oświetleniu nie znajdujemy prążków. O jakości stożka, względnie zachowaniu się ścian cewki przy tworzeniu stożka w stanie prawidłowym, nie potrzebuję więcéj mówić, ale dodać wypada, że zmienne nawet w stanie prawidłowym bywa zabarwienie ścian i postać figury środkowéj.

W ocenieniu zabarwienia ścian należy przedewszystkiém baczyć na ogólne zabarwienie błon śluzowych, względnie na niedokrewność, która zawsze odbija się w barwie błony śluzowéj cewki; ztąd wynika, że u niedokrewnych tam przekrwienie błony śluzowej rozpoznawać będziemy, gdzie go u zdrowych rozpoznać nie moglibyśmy. Niekiedy bywa środkowa figura w stanie prawidłowym nie taką, jak powyżéj opisano, a mianowicie przedstawia się w postaci półksiężyca ⌣, krzyża ×, lub wreszcie młoteczka ┬. Postaci półksiężyca może nabrać figura środkowa, jeżeli ucisk endoskopu na ściany cewki nie jest jednakowy; w formie krzyża przedstawia się środkowa figura w przestronnych cewkach, a młoteczek powstaje najczęściéj przez ustawienie się zagłębienia Morgagniego w polu widzenia. Zagłębienia Morgagniego, jak w opisie anatomicznym wspomnieliśmy, są to podłużne dołki między fałdami cewki się znajdujące, które najłatwiéj znaleźć można na górnéj ścianie cewki. Ponieważ one głębiéj w obrazie leżą, niż błona śluzowa, przeto mniéj muszą być oświetlone, a zatém przedstawiają się w postaci ciemnych podłużnych szczelin. Obaczywszy taką szczelinę łatwo przekonywamy się, że ona jest zagłębieniem Morgagniego, kierując koniec cewkowy endoskopu tak, aby mniéj więcéj w środku pola widzenia przypadał dołek Morgagniego. Mimo takiego skierowania dołek nie leży w jednéj płaszczyźnie, a bliżéj cewkowego końca endoskopu leżący odcinek dołka będzie silniéj oświetlony niż odcinek dolny, przeto zarysy dołka wyraźnie się nam przedstawią. Badając cewkę zawsze tak kierujemy endoskopem, aby środkowa figura była w samym środku pola widzenia, niekiedy jednak zwracamy cewkowe zakończenie endoskopu ku jednéj lub drugiéj ścianie a mianowicie, gdy szczegółowo ścianę cewki zbadać chcemy. Wstawienie ścian cewki łatwo uskutecznić odpowiedniém pochyleniem endoskopu, ale powinno ono być zwolna wykonywane, albowiem przy szybkiém pochyleniu czuje badany znaczny ból, powstający skutkiem ocierania się wypukłonego odcinka błony śluzowéj o brzegi endoskopu. Jeżeli przy takiém wypukleniu cewki ucisk wywrzemy na oglądaną ścianę, będziemy mogli widzieć naczynia krwionośne błony śluzowéj, które pęczniejąc skutkiem utrudnionego krążenia powiększają swoje rozmiary i mogą być widziane, co w stanie prawidłowym przy zwykłém ustawieniu endoskopu nie jest możliwém.

Wykazawszy, na co przy badaniu cewki zwracać uwagę należy i poznawszy obrazy błony śluzowéj cewki w stanie prawidłowym, przejdźmy do patologii. Uczy ona, że przewlekłe stany zapalne błon śluzowych polegają na wysięku śluzowym lub śluzoworopnym na powierzchni błony śluzowéj i na infiltracyi czyli naciekach komórkowych w miąższ błony śluzowéj i w utkania podśluzowe złożonych. Jeżeli błona śluzowa przechodzi do stanu prawidłowego, musi zniknąć wydzielina czyli wysięk, a naciek musi być wessanym, co w takim razie stać się może, gdy komórki przeobrażą się tłuszczowo. Mniejsza o to, czy te komórki są ciałkami krwi lub ciałkami tkanki łącznéj, dość, że obdarzone życiem niekoniecznie potrzebują wstecznie się przeobrażać, ale mogą daléj się rozwijać, gdy znajdą warunki przyjazne dla rozwoju. Jak wiadomo przeobrażają się one w tkankę łączną, która przez to samo, że jest wyższém i bardziéj skomplikowaném utkaniem, nie tak łatwo wstecznie się przeobraża. To tłumaczy nam uporczywość przewlekających się katarów w ogólności.

Ale czy takie zmiany towarzyszą i przewlekłemu wiewiórowi? Badania patologiczne na trupach stwierdzają, że często w utkaniu błony śluzowéj i podśluzowéj znajdujemy więcéj tkanki łącznéj, niż w stanie prawidłowym i że to nagromadzenie może być rozlaném czyli zajmować szerszą powierzchnię, albo może być do pewnéj części tylko ograniczoném. W obu razach utraci błona śluzowa cechę prawidłowości i inaczéj powinna się przedstawiać w stanie chorobowym, aniżeli w prawidłowym. Jak te zmiany przedstawiają się za życia na błonie śluzowéj cewki, do niedawna nie wiedzieliśmy, a twierdzenia swoje opieraliśmy na analogii. Odkryciom i badaniom przy pomocy endoskopu robionym zawdzięczamy, że nasze wiadomości są szczegółowsze i dokładniejsze. Pierwsze opisy pochodzą od Desormeauxa, który podawał, że przypuszczenia Thiryego o istnieniu granulacyj na błonie śluzowéj cewki są prawdziwe i zgadzał się z Thirym, że one są właściwością wiewiórów zaraźliwych. Granulacyje te miały wydzielać jad, którego następstwem zawsze był wiewiór zaraźliwy, gdy go na błonę cewki przeniesiono i miały one wyróżniać ten rodzaj trypra od wiewióra kataralnego, liszajowego i powstałego skutkiem urazowego drażnienia. Zapatrywania Desormeauxa podzielało wielu lekarzy badających endoskopem, ale byli i tacy, którzy częściowo przyjęli tylko jego naukę. Do ostatnich należy Tarnowsky, który podaje, że istnieją granulacyje na błonie śluzowéj cewki, nie podziela jednak zapatrywań co do jadu, które Desormeaux przyjął od Thiryego. Profesor petersburski rozróżnia prócz tego zapalne stany głębokich części cewki w rozmaitych stadyjach rozwoju, daléj miejscowe zgrubienia błony śluzowéj, powstające przez przerost błony podśluzowéj lub całego utkania błony śluzowéj wraz z gruczołami i przybłonkiem, który to przerost jest przeobrażeniem nagromadzających się komórek skutkiem przewlekłego zapalenia; wreszcie przerost częściowy błony śluzowej, którego następstwem są wyrośle brodawkowate, a nakoniec zatkania ujść gruczołów, przezco powstają torbiele i polipy. We wszystkich wyliczonych zmianach jedynym i najważniejszym objawem chorobowym ma być wydzielina właściwa tryprowi chronicznemu. Niekiedy przyczyną wydzieliny mają być pęcherzyki liszaja, a w najrzadszych przypadkach nagromadzenie się złogów wapiennych, które drażniąc błonę śluzową cewki były przyczyną zapalenia wiewiórowego. Daléj uczy Tarnowsky, że wyliczone rodzaje są głównemi typami, a pomiędzy niemi znajdujemy wiele form przejściowych tak, że trudno często orzec, do któréj kategoryi napotkane zmiany zaliczyć się powinno. Często u tego samego chorego napotykał T. dwa lub kilka rodzajów zapaleń, jużto obok siebie już też w rozmaitych miejscach, nie podawał jednak tłumaczenia tego zjawiska.

Zamiast podawać opisy wyliczonych rodzajów wiewiórów, przejdźmy do podziału innych autorów, a potém przedstawimy obrazy endoskopijne. Opierając się na zmianach endoskopem stwierdzonych, dzieli Grünfeld wiewiór chroniczny na tak zwane zapalenie cewki zwykłe (*Urethritis simplex*), zapalenie granulacyjne (*Urethritis granulosa*), zapalenie liszajowe (*Urethritis herpetica*) i zapalenie z owrzodzeniami, a Auspitz uprościł podział przez to, że rozmaite rodzaje przyjmuje jako formę jednego i tego samego cierpienia w różnych stadjach rozwoju. Zdanie Auspitza zupełnie podzielam i będę się starał zaraz je usprawiedliwić, przedtém jednak podam opisy, jak się przedstawiają rozmaite rodzaje zapaleń, względnie rozmaite stany zapalenia wiewiórowego w rozmaitych stadjach. (C. d. n.)

IV. Z oddziału chorób wewnętrznych prym. Dra Eisensteina we Wiedniu.

Przypadek tężca gośćcowego.

Opisał Dr. Leopold Biber
sekundaryjusz c. k. szpitala na Wiedeniu.

M. J. liczący lat 21, ogrodnik, podaje że dotychczas zawsze był zdrów, w ostatnim zaś czasie przez 3 dni pracował podczas wielkiéj wilgoci w ogrodzie. Następnego dnia uczuwał ból w szyi i utrudnienie przy połykaniu, mimo to jednak pracował jeszcze przez 2 dni, aż go uczucie stężenia w karku, zmniejszona poruszalność szczęki dolnéj, języka, i mięśni kadłuba zmusiły do szukania pomocy w szpitalu.

Chory średniego wzrostu, silnie zbudowany, dobrze odżywiony, twarz mocno zarumieniona i lepkim potem pokryta. Źrenice zwężone oddziaływają dosyć dobrze, język nieporuszalny, mowa utrudniona i niewyraźna, usta dają się tylko przemocą otworzyć. Mięśnie twarzy tężcowo napięte, ustawienie kącików ust jest niejednostajne (*risus sardonicus);* wyraz twarzy jakby wystraszony, przytomność umysłu i inteligencyja nieupośledzone.

W dalszym przebiegu wzmaga się cierpienie w ten sposób, że przedstawia następujący obraz: Mięśnie szyjne i grzbietowe tężcowo skurczone, deskowato twarde, (*Opisthotonus* w połączeniu z *Trismus*), w tym samym stanie są mięśnie oddechowe i odnóg dolnych, a szczególniej mięśnie łydek. Chory, który leży bez ruchu, czuje ciężkość na piersiach, ból w nadbrzuszu; odnogi górne są wolne, niepokój. Kurcze mięśni wywołują dotkliwy ból, toniczne napięcie mięśni tylko chwilami ustępuje; całe ciało obfitym potem pokryte; ciepłota nie przekracza 37·4°C., tętno słabe, przepuszczające, 80—90 uderzeń na minutę. Oddech bardzo powierzchowny i przyspieszony. Chory ma wielkie łaknienie i pragnienie; oddawanie kalu upośledzone. Mocz w ilości zmniejszonéj, nieco mętny, nie zawiera ani śladu białka. Napięcie toniczne mięśni chwilami ustępuje, chory wtedy ma się lepiéj, mimo to jednak bardzo jest osłabionym.

Tak zmienia się od czasu do czasu obraz choroby, przyczém chory noce bezsennie przepędza i ciągle jest niespokojnym.

W chęci sprowadzenia snu, zadano choremu *per anum* po poprzedniém wypróżnieniu kiszki odchodowéj wodnik chloralu (4 grm. *pro dosi).* Działanie tego leku jednak było tylko przemijające, gdyż cierpienia chorego po krótkim spokoju wracały. Gdy po 10ciu dniowém używaniu tego leku nie osiągnięto zadowalającego rezultatu, zalecono wychodząc z zapatrywania, że przez zadraźnienie skóry uda się zmniejszyć pobudliwość tężcowo skurczonych mięśni, przystawianie suchych baniek po obu stronach kręgosłupa. Polepszenie i po tym leku było tylko przemijające, toniczne napięcie mięśni po chwili wracało, i stan chorego był znów ten sam co przedtém.

Skorośmy po dwukrotném użyciu tego środka widzieli, iż nie prowadzi do pożądanego celu, zalecono choremu ciepłe kąpiele (30°C.) kilka razy dziennie, a wewnętrznie *Kali bromatum* (6 grm. *pro die*). Leczenie to pomyślniejszym było uwieńczone skutkiem. Chory teraz mógł usta otwierać, stałe przyjmować pokarmy i czynne wykonywać ruchy.

Po usunięciu tego leczenia, które stósowano dni 18, polepszenie utrzymywało się przez 3 dni. Czwartego dnia jednakże chory powtórnie niespokojny doznał bolów w łydkach, do których się następnie przyłączyły objawy nawrotu tężca.

Miano wtedy przystąpić do wstrzykiwań podskórnych kurary, wstrzymywala uas tylko ta okoliczność, że przetwór ten jest w swoim składzie bardzo niestały, a tém samém i w działaniu niepewny. Chcąc przeto obniżyć chorobową pobudliwość rdzenia pacierzowego, zastósowano worek lodowy wzdłuż kręgosłupa. Użyto drobno potłuczonego lodu, do którego dodano równą ilość soli kuchennej w celu osiągnięcia stałéj ciepłoty 8°C., która się przez 5—6 godzin utrzymywała. Bolesność i napięcie mięśni z dnia na dzień się zmniejszały.

Po 20tu dniach używania tego sposobu leczenia, objawy tężca zupełnie ustąpiły. Badanie systemu nerwowego prądem elektrycznym nie wykazuje żadnych nieprawidłowości, mimo to zatrzymano chorego jeszcze 2 tygodnie w szpitalu, w którymto czasie zalecono mu codziennie zimne obmywania całego ciala i ugniatanie (*massage*) mięśni kadłuba i odnóg. Gdy stan jego nie pozostawiał nic do życzenia, opuścił chory po 11stu tygodniowém leczeniu szpital jako wyleczony.

V. Oceny i sprawozdania.

Die Gelenkresectionen nach Schussverletzungen, ihre Geschichte, Statistik, End-Resultate, von E. Gurlt. Mit 26 Holzschnitten. Berlin, A. Hirschwald, 1879, w 8ce, 1333 stron.

Sprawozdanie Dra Rydygiera.

Dzieło to będąc wynikiem mrówczéj pracy godne zajmuje miejsce obok wielkiego amerykańskiego dzieła statystycznego Otisa. Ukazało się téż w chwili odpowiedniéj, stanowiąc niejako kamień graniczny pomiędzy chirurgiją przeszłości a chirurgiją przyszłości, pomiędzy wypiłowaniami bez oprawy przeciwgnilnéj, a wypiłowaniami pod oprawą przeciwgnilną. Wypiłowania z ostatniéj wojny turecko-rosyjskiéj, które G. także uwzględnia, zaledwo słabą nazwać można próbą stósowania oprawy przeciwgnilnéj. Na pole przeszłości po Gurlcie pewnie nikt się nie zapuści — wyzyskał on je zupełnie co do statystyki — ta część dzieła jego nie dopuszcza żadnéj krytyki, można tylko podziwiać pilność nadzwyczajną i akuratność. Inaczéj się ma rzecz z uwagami jego co do chirurgii a mianowicie wypiłowań przyszłości; tu nie wszędzie z nim się godzimy.

G. podzielił dzieło swoje na 3 części, z których 1wsza zawiera historyję wypiłowań stawów po zranieniach postrzałowych.

Na wstępie podaje G. pokrótce historyję wypiłowań stawowych w ogóle. Uznaje Karola Whitego, Parka i Moreau ojca za pierwszych, którzy stworzyli naukową podstawę dla wypiłowań, mimo że ani White nie był pierwszym, który rzeczywiste metodyczne wypiłowanie stawu barkowego wykonał — jak to często dotychczas mylnie twierdzono, — ani też Park nie pierwszy wypiłował staw łokciowy lub kolanowy.

Po krótkim wstępie rozpoczyna historyję wypiłowań od wojen pierwszéj rewolucyi i pierwszego cesarstwa francuskiego (1792—1815), a kończy na ostatniéj wojnie rosyjsko-tureckiéj, podając po większéj części o każdym przypadku krótki opis zaczerpnięty bądź to z akt urzędowych, bądź też z dzieł i prac już ogłoszonych, bądź nareszcie z korespondencyi prywatnéj, którą przeprowadził celem dowiedzenia się o osta-

tecznych wynikach, a która zarazem daje nam obraz o ogromnéj pracy autora, bo przeszło 3000 listów i kart obejmuje. Przed każdą wojną wymienioną znajdujemy literaturę odnoszącą się do wypiłowań tego czasu.

Nie pominął nawet mniejszych wojen lub powstań, jak np. napadu Garibaldego na państwo kościelne (1867 r.) wojny z Ashantami (1873 r.). Zadziwiło nas tém bardziéj, że nie znaleźliśmy ostatniego powstania z 1863 r. Czy wtedy nie wykonano żadnego wypiłowania? Zdaje się, że koledzy nasi zaniechali ogłoszenia. Tylko 2 przypadki z tego czasu znalazłem pod rubryką: *Die Gelenkresectionen nach Schussverletzungen ausserhalb der grösseren Kriege.* Pierwszy przypadek str. 1179 tyczył się 27 lat liczącego oficera z powstania, któremu Langenbeck w klinice swéj w 1864 r. wypiłował staw łokciowy z powodu zrostu kostnego stawu po ranie postrzałowéj; przypadek ten zakończył się wyzdrowieniem. W drugim przypadku wypiłował Langenbeck staw biodrowy Zygmuntowi Kucharskiemu. Dnia 22 marca 1863 r. pod Olszową zraniony dostał się późniéj do Poznania i tam go Langenbeck operował: główka k. udowéj i miednica była zraniona; panewka przedziurawiona, fascyja miednicy od kości odłączona odgraniczała jamę napełnioną ropą, w któréj kula i odszczepy kości leżały. Operacyja bardzo łatwa, mimo to po dwóch tygodniach nastąpiła śmierć w skutek wycieńczenia sil ropieniem.

W drugiéj części *(Statistik der Gelenkresectionen nach Schussverletzungen)* posługuje się Gurlt statystycznie materyjałem w pierwszéj części obficie nagromadzonym i to w każdym możliwym kierunku. Dowiadujemy się tam np. (str. 1209), że w ogóle opracował 3667 wypiłowań wojennych; z tych wyzdrowiało 2376, umarło 1220 tj. 33,92%, a wynik 71 przypadków nieznany. Zaraz na następnéj stronie znajdujemy zestawienie częstości wypiłowań na rozmaitych stawach:

Wypiłowanie stawu	barkowego	45,29%
„ „	łokciowego	39,21 „
„ „	ręki	3,62 „
„ „	biodrowego	3,79 „
„ „	kolanowego	3,98 „
„ „	stopy	4,09 „

A więc wypiłowania stawu barkowego stanowiły nieomal połowę wszystkich wypiłowań (45%). Co do czasu, w którym podjęto operacyję rozróżnia, Gurlt wypiłowania pierwotne *(primäre)*, pośrednie *(intermediäre)*, wtororzędne *(secundäre)* i późne *(Spätresectionen)*. Śmiertelność najmniejszą jest po wypiłowaniach późnych, z kolei najlepsze wyniki daje wypiłowanie pierwotne, po nich wtororzędne, a najgorsze pośrednie. W téj części mieszczą się także uwagi Gurlta odnoszące się do przyszłości.

Rozumie się, że żąda oprawy ran przeciwgnilnéj -- na to wszyscy się godzimy, ale na jego sposób opatrywania nie ze wszystkiém się piszemy. Przedewszystkiém zdaje się nam, że Gurlt za daleko się posuwa, żądając: *so zu sagen Anatomie am Lebenden*" (pag. 1227). Każdą ranę postrzałową stawów i kości mamy nożem tak rozszerzyć, żeby zupełnie była dostępną, żeby zupełnie ją oczyścić, żeby natychmiast przekonać się, czy przypadek odnośny nadaje się do amputacyi lub do resekcyi. Autor sam przeczuwa, że zarzucą mu, iż po większych bitwach nie stanie sił do uczynienia zadość jego żądaniom, sądzi atoli słusznie, że nauka nie może się ograniczać do tego, co jest możliwém, tylko musi żądać, co jest dobrém, bo na co dziś może jeszcze siły nasze i urządzenia nie starczą, na to późniejsze pokolenie się zdobędzie, jeżeli tylko pewne drogi będzie miało wytknięte. Co do nas atoli wątpimy, czy i w zasadzie Gurlt z swoją „*Anatomie am Lebenden*" wszędzie ma słuszność.

W szczegółowéj części tego oddziału omawia G. jeden staw po drugim podając przepisy w jaki sposób życzyłby sobie, żeby operacyje wykonywano i leczenie następne stósowano. Śliczne tu znajdujemy wskazówki poparte ogromnemi liczbami, a mimo to i tu nie wszędzie na zdanie Gurlta się piszemy. Zaraz przy stawie barkowym (pag. 1239) życzylibyśmy sobie przy oprawie zamiast „*Stromeyers Armkissen*" lub waty pod pachę materyjału przeciwgnilnego, bo tam szybko wydzieliny z ran resekcyjnych spływają, a więc trzeba i tę okolicę objąć oprawą przeciwgnilną. (Nasz sposób opatrywania przy wypiłowaniu barku opiszemy dokładnie w sprawozdaniu klinicznêm. Sprawozd.).

Przy stawie łokciowym zmienia cokolwiek położenie cięcia Langenbeckowskiego: cięcie podłużne poprowadzić należy podług niego tuż na brzegu łokciowym wyrostka łokciowego *(olecranon)* a nie — jak Langenbeck przepisuje — cokolwiek na wewnątrz od środka. Cięcie Gurlta wystarczyć ma i do częściowych wypiłowań stawu łokciowego — trzeba je tylko ku górze przedłużyć. Co do techniki odłączania przyczepów mięśniowych przyjmuje propozycyje Vogta. Nam się zdaje, że powyższe cięcie do łatwego wypiłowania częściowego nie wystarcza. Sam Langenbeck w dyskusyi na ostatnim zjeździe chirurgów niem. przyznał, że w tych przypadkach należy się pierwszeństwo metodzie Hütera, o któréj Gurlt ani nie wspomina. Kwestyja częściowego lub całkowitego wypiłowania, którą G. na korzyść pierwszego rozstrzyga, zbyt jest ważną, żeby ją tu kilka słowami zbyć — (jest ona przedmiotem obszernéj pracy naszéj eksperymentalnéj — zaznaczymy tylko, że nie należymy do bezwzględnych zwolenników częściowego wypiłowania. Sprawozd.). Po wypiłowaniu stawu łokciowego radzi G. ustalić rękę podług Rosera zupełnie wyprostowaną, unika się podobno tym sposobem stawów luźnych *(Schlottergelenk)*. Statystyka stawu biodrowego wcale nie pocieszająca, na 137 przypadków zakończyło się śmiertelnie 120, a więc 88,23%.

Nie o wiele lepsza statystyka stawu kolanowego; na 144 przypadków 110 zejść śmiertelnych: 76, 96%.

Księga trzecia *(End-Resultate der Gelenk-Resectionen nach Schussverletzungen)* najkrótszą co do liczby stron, ale może najważniejszą co do wyników. Dotychczas mieliśmy tylko wiadomości krótko po wykonaniu wypiłowań zebrane; ciekawa nadzwyczaj i zarazem ważna rzecz była, dowiedzieć się, czy z czasem wyniki co do funkcyi nowych stawów się polepszają, lub pogorszają. Opinija dotychczasowa oparta na pracach — jak już wspomnieliśmy, krótko po wojnach wydanych, niezbyt była pochlebną. I teraz wykazało się, że w ogóle wyniki co do funkcyi po wypiłowaniach wojennych niezbyt były dobre. Uwydatnia to następujący wykaz (pag. 1293).

Wypiłowania stawu	Dobre wyniki	Złe wyniki	Suma
barkowego	94 = 44,13%	119 = 55,86%	213
łokciowego	104 = 29,29%	251 = 70,70%	355
ręki	1 = 6,25%	15 = 93,75%	16
biodrowego	4 = 100,00%		4
kolanowego	8 = 88,88%	1 = 11,11%	9
stopy	29 = 52,72%	26 = 47,27%	55
Razem	240 = 36,81%	412 = 63,19%	652

Liczby te wyraźnie wskazują, że wyniki wypiłowań wojennych daleko są gorsze od wyników wypiłowań w czasach pokojowych wykonanych. Przyczyny tego podaje Gurlt następujące: 1) Po ranach postrzałowych trzeba zwykle większe kawały kości wypiłować. 2) Często natrafiamy na znaczne obrażenia części miękkich. 3) Podczas wojny dozoru jakoteż innych wygód brak chorym. 4) Lekarze operujący czasem niemają wielkiéj wprawy. 5) Często oczekiwane uwolnienie od służby skłania chorego do mniéj sumiennego wykonywania przepisów lekarza. Ztąd głównie pochodzi, że u oficerów i w ogóle u ludzi dbających o swoje zdrowie czynność stawu wypiłowanego z czasem się poprawia, a u ludzi niewykształconych i wyczekujących uwolnienia ze służby się pogorsza.

Z krótkiego naszego sprawozdania wynika dostatecznie ważność dzieła omówionego — w szczegóły wdawać się nie mogliśmy, brak na to miejsca — zresztą wystarcza zwrócić uwagę, a każdy zajmujący się bliżéj przedmiotem przekona się, że bez dzieła Gurlta obywać się nie może.

Rivista sperimentale di medicina legale, Anno V, Fascicolo I—IV, Reggio-Emilia, in 8vo str. 439 z litograf. popiersiem prof. Liviego.

Odkąd dla Włochów lepsze nastały czasy, spostrzegamy u nich znakomity postęp w literaturze lekarskiéj, tak że obecnie z literaturą ich już liczyć się należy. W żadnéj atoli gałęzi nauk lekarskich postęp nie jest tak wybitnym, jak w psychijatryi i medycynie sądowéj. Zmarły niedawno prof. Karol Livi założył przed 5 laty czasopismo wychodzące w Reggio w $^1/_4$ rocznych odstępach i w dwóch działach, z których jeden poświęcony jest badaniom psychijatrycznym, drugi medycynie sądowéj doświadczalnéj. Już sam tytuł działu drugiego wyróżnia czasopismo od innych pokrewnych, wychodzących w innych krajach, kładąc nacisk na nowszy kierunek nauki. To też czasopismo to pomimo przedwczesnéj śmierci założyciela swego i krótkiego swego istnienia urzeczywistniło już program swój i nie tylko wyrobiło sobie stanowisko poważne we Włoszech, ale bez przesady uchodzić może za najlepsze ze wszystkich czasopism, specyjalnie o medycynie sądowéj traktujących, a wychodzących po obydwóch stronach Oceanu. Powodując się tém przekonaniem a mając sobie z koleżeńskiéj grzeczności głównego redaktora prof. Tamburiniego przesłane zeszyty ostatniego rocznika, sądzimy, że nie będzie od rzeczy, jeżeli dziś zwrócimy uwagę czytelnika polskiego na znaczenie tego czasopisma i bogatą jego treść, zachowując sobie na późniéj szczegółowe sprawozdanie z niektórych prac ważniejszych, w niém mieszczących się. — Otóż w zeszytach tych oprócz życiorysów proff. Liviego, Bertiego i Tardieua znajdujemy następujące rozprawy oryginalne: prof. Palmerini i Dr. Bonfigli piszą o obłąkaniu moralném *(moral insanity)*: w rozprawach tych bardzo pouczających, a uwzględniających wszystkie nowsze prace niemców, francuzów i anglików, ścierają się ze sobą zdania przemawiające za i przeciw istnieniu tego stanu zwyrodnienia umysłowego; jest to zresztą dalszy ciąg polemiki naukowéj w tym przedmiocie toczącéj się pomiędzy wspomnionymi lekarzami a prof. Tamassią w Pawii. — Dr. Franzolini w Udine podaje obszerny opis nader ciekawéj epidemii umysłowéj *(hysterodemonopathia)* panującéj w Verzegnis (w Friaulu), przypominającéj podobną epidemiję, która przed kilkunastu laty panowała w Morzine (w Sabaudyi) a opisaną została w swoim czasie przez Dra Constansa. Prof. Tamburini podaje orzeczenie o stanie umysłowym królobójcy Jana Passanantego, na podstawie badania uskutecznionego przez siebie oraz proff. Tommasiego, Vergę, Biffiego i Buonomo. Prof. Tamassia podaje uwagi nad orzeczeniem prof. Westphala w Berlinie w sprawie wątpliwego stanu umysłowego, a głównie nad ostateczną konkluzyją tego orzeczenia, wykazującego chorobę umysłową, ale niewdającego się w ocenę, czy badany był zdolny kierować się wolą wolną, która to ocena należy do zakresu prawników. Tenże prof. Tamassia podaje uwagi nad projektem ustawy prof. de Crecchio i zarzutami temuż uczynionemi. Dr. Barduzzi pisze o znaczeniu toksykologicznem miedzi i jéj soli; prof. Tamassia o działaniu trującém gazu kw. siarkowodowego (pracę tę doświadczalną otrzymaliśmy i w osobnéj odbitce). Dr. A. Filippi (w Florencyi) opisuje przypadek samozduszenia się, przyczém przytacza literaturę nowszą. Dr. Lelli (w Ankonie) podaje przypadek urazowego zap. płuc i opłucnéj, który zakończył się śmiercią. Niemniéj cennym jest przegląd prac obcych, z dziedziny psychologii, tanatologii, toksykologii i afrodisiologii sądowéj, podany głównie przez prof. Tamassię, oraz napisane przez tegoż oceny dzieł Filippiego (medycyna sądowa po włosku) i Legranda du Saulle).

W zeszycie 4tym właśnie otrzymanym oprócz dokończenia życiorysu prof. Liviego i rozprawy prof. Tamassii o otruciu gazem H_2S znajdujemy kazuistykę sądowolekarską podaną przez prof. Crecchio w Rzymie, prof. Giovanardiego w Modenie i Dr. Lelli; daléj ocenę dzieła Morselliego o samobójstwie i wyciągi z prac obcych przez prof. Tamassię itd.

Ze wszystkich tych prac widoczna, że młodsze pokolenie lekarzy sądowych we Włoszech nie idzie za przykładem lekarzy francuskich, ponieważ zna dokładnie i uwzględnia wszędzie literaturę zagraniczną, głównie niemiecką i że pracuje trzeźwo z chlubą dla kraju swego i z pożytkiem dla umiejętności. Zwrot ten w piśmiennictwie włoskiém zasługuje na baczną uwagę lekarzy postępowych bez względu na narodowość.

L. Blumenstok.

Prof. Adamkiewicz: **O czynnościach obustronnych układu nerwowego.**

Badając dawniéj wpływ różnych bodźców na wydzielanie potów *(Die Secretion des Schweisses, Eine bilateral symmetrische Nervenfunction 1878)* zauważył A., że takowe powstają w warunkach fizyjologicznych zawsze obustronnie, na symetrycznych częściach ciała. Objaw ten, dotychczas nieznany w fizyjologii, nazwał czynnością obustronną. Zdaje się, że i t. zw. przemieszczenie *(transfert)*, jakie wykazują liczne badania zwłaszcza lekarzy francuskich nad metaloskopiją, zaliczyć także należy do objawów czynności obustronnéj układu nerwowego. W téj myśli A. wykonał liczne doświadczenia na ludziach, aby zbadać wpływ drażnienia skóry na owe czynności obustronne. Upatrując w metaloskopii tylko wpływ ukrytego jakiegoś bodźca, używał do doświadczeń swych synapizmów, które jak wykazano poprzednio u ludzi nieczulicą dotkniętych, również sprawiają działanie metaloskopijne. U chorych po udarze mózgowym, u których wystąpiło porażenie połowicze wraz z nieczulicą części porażonych, synapizm przywraca czucie najprzód miejscowo, a następnie w całéj porażonéj połowie ciała;

czucie to po kilku dniach znów znika. Po stronie zdrowéj równocześnie nie występuje stępienie czucia. U histeryków synapizm działa w dwojaki sposób. Jeżeli istnieje nieczulica całego ciała, to synapizm przywraca czucie tylko miejscowe i to również przemijające; w nieczulicach zaś połowiczych po zastósowaniu synapizmu czucie powraca w całéj połowie ciała i to przemijająco lub trwale. Jeżeli nieczulicy histerycznéj towarzyszy histeryczny niedowład w zakresie ruchu po téj saméj stronie, to po przyłożeniu synapizmu zboczenia te tak czuciowe jak ruchowe znikają w 1—1 ½ godz. a pojawiają się po stronie ciała dotychczas zdrowéj. To samo dotyczy istniejącego niekiedy u takich chorych niedowidzenia. „Przemieszczeniu" temu towarzyszą zazwyczaj szczególne uczucia podmiotowe. Jeżeli połowa ciała niedowładem dotknięta jest chłodniejszą niż zdrowa, to po „przemieszczeniu" ciepłota ostatniéj opada o parę stopni; opadanie to ciepłoty jest objawem niedowładu mięśniowego. U zdrowych ludzi synapizm zaostrza czucie w miejscu zastósowania, a stępia w odpowiedniém miejscu drugiéj strony ciała. Uczucia dotykowe i bólu są zatém wynikami czynności obustronnéj układu nerwowego. Uczucie ciepła w miejscu synapizmu zaostrza się, ale nie tępieje w symetryczném miejscu drugiéj strony. Działanie to synapizmu nie jest, jak twierdzą Rumpf i Waldenburg, następstwem wywołanego nawału krwi, gdyż po przyłożeniu synapizmu ciepłota podnosi się nie po téj saméj, lecz po przeciwnéj stronie ciała. Czynności obustronne są wyrazem równoczesnego działania pewnego obustronnie położonego aparatu nerwowego, którego zwoje zachowują się względem siebie synergicznie (wydzielanie potów) lub antagonistycznie (czucie dotykowe i bólu). (*Verhandl. der physiol. Gesell. zu Berlin 1880 Nr. 5*). *Dr. Smoleński.*

Cullingworth: **Przypadek ropnia nerkowego wywołanego przez wniknięcie cząstki martwinowéj próchniejącego kręgu w miąższ nerkowy, która stała się jądrem kamienia nerkowego.**

Przypadek opisany przez autora jest ciekawy ze względu na kolejność zmian chorobowych. Dotyczy on kobiety lat 32 liczącéj, z zawodu tancerki. Od lat dwóch doznawała ona od czasu do czasu bólów w podżebrzu lewém, które jednak dozwalały jéj oddawać się swemu zajęciu. Mocz przez ten przeciąg czasu był prawidłowy i oddawany bez bólu. Dopiero w ostatnich 3ch miesiącach bóle się wzmogły, mocz okazał się mętnym, i zawierał obok znaczniejszéj ilości moczanów krew i ropę.

Badanie wykazało obecność chelbocącego nader bolesnego obrzęku w podżebrzu lewém, rozpościerającego się ku wewnątrz do linii środkowéj ciała, ku dołowi aż do grzebienia kości biodrowéj; odgłos wypukowy ponad obrzękiem stłumiony. Mocz zawierał znaczną ilość ropy, dwa razy znaczniejsza ilość ropy okazała się w moczu, przyczém każdorazowo guz zmniejszył swe rozmiary i napięcie. Ciepłota od 37·5—38·5. Tętno od 110—130. Uporczywa biegunka i poty.

Uskuteczniono cięcie w okolicy lędźwiowéj z boku i wydobyto około 500 grm. ropy cuchnącéj, zawierającéj strzępki zgorzelinowe. Palcem wsuniętym w jamę ropnia można było wybadać wyrostki poprzeczne kręgów lędźwiowych, ogołocone z okostnéj i nadżarte. Po rozszerzeniu cięcia wydobyto z jamy dwa kamienie nerkowe, jamę wypłukano i opatrzono przeciwgnilnie. Chora po upływie 3ch dni umarła.

Badanie pośmiertne wykazało; *a)* próchnienie 1go, 2go i 3go kręgu lędźwiowego, *b)* znaczne powiększenie nerki lewéj, któréj miedniczka rozszerzona przedstawiała wielką jamę wypełnioną ropą. Na dnie jednego z kielichów nerkowych znajdował się kamień podługowaty, wielkości dużego ziarna grochu. Miąższ nerkowy w licznych miejscach ropiasto naciekły. Nadto znajdował się w miąższu nerkowym kanał, komunikujący z próchniejącemi kręgami. *c)* Największy z kamieni, rozmiarów około 3 cm. w średnicy, nadzwyczaj nieregularny i kątowaty; jądro takowego tworzył odłamek kości martwinowéj. Zewnętrzne warstwy składały się z fosforanów, gdy wewnętrzne tworzył szczawian wapniowy.

Bezsprzecznie pierwszą zmianą chorobową w podanym, ze względu na szczególną genezę, wielce ciekawym przypadku, było próchnienie kręgów lędźwiowych któremu towarzyszyło przewlekłe zapalenie tkanin okolicznych, sprawiające silne przyrośnięcie torebki nerkowéj. Mała cząstka kości martwinowéj z jednego z kręgów wniknęła drogą ropienia postępowego przez miąższ nerki aż do miedniczki nerkowéj, gdzie stała się zawiązkiem kamienia nerkowego i przyczyną usposabiającą do wytworzania się innych kamieni. Zajęcie choréj jako tancerki potęgowało drażnienie wywierane przez kamienie, którego ostatecznym wynikiem było zapalenie ropne miedniczek nerkowych, i wytworzenie ropni nerkowych. (*The Lancet V, I, 1 1880*). *P.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. O.) Aby uniknąć nieprzyjemnych ubocznych skutków kwasu karbolowego przy oprawie przeciwgnilnéj, szukał Schulz w Bonn innego środka przeciwgnilnego i zdaje mu się, że go znalazł w olejku rozdrębowym (*eucalyptol*) a to na téj podstawie, że: 1) tenże według doświadczeń Bucholza już w rozcieńczeniu 1:666 powstrzymuje rozwój prątków; 2) ma on według podania Siegena niweczyć gorączkę gnilną u królików, a po 3) powstrzymuje według Binza wędrówkę ciałek białych ze ścian naczyniowych. Woń ma przyjemną i rozpuszcza się dobrze w wyskoku, oliwie i mięsza się dokładnie z parafiną. Przy tém wszystkiém nie jest trującym, bo Siegen wyżył go w 2 ½ godzinach przeszło 5,0 a królikowi wstrzyknął 4,5 pod skórę w ciągu 6ciu godzin bez szkody. Olejek ten da się użyć na ranę, jako też do wyrabiania gazy, wreszcie i do rozpylania. Obecnie jest dosyć drogi, bo 1 kilogrm. kosztuje 9 marek, lecz przy rozpowszechnieniu się mógłby znacznie spaść w cenie. *(Centralbltt f. Chirurgie* Nr. 4, 1880. *Orig. Mitthg.*).

ss) Postrzeżenia Dra Köhlera z Kościana ogłoszone w Przegl. Lek. 1879, Nr. 26, jakoby borocytrynian magnezyi miał własność rozpuszczania kamieni moczowych, nie znajdują zkądinąd potwierdzenia. Odnośne doświadczenia prof. Dittela dały wynik ujemny, a i badania dokonane w tym kierunku w pracowni chemicznéj prof. Ludwiga wykazały, że kamienie moczowe, złożone przeważnie z kwasu moczowego, przechowywane przez cały miesiąc w zgęszczonym rozczynie *magnesiae borocitricae*, mimo codziennego klócenia bynajmniéj się nie rozpuszczały ani nawet nie stawały się kruchszemi. W przesączonym płynie nie wykryto ani razu kwasu moczowego. (*Wiener med. Bl.* 1880, 4).

ss) Po wykazanéj już dostatecznie bezskuteczności będźwinianu sodowego w suchotach płucnych, przypomina jeszcze prof. Salkowski wykazane przez się przed 4 laty własności tegoż przetworu, które go nawet muszą czynić szkodliwym. Będźwinian sodowy mianowicie przyspiesza rozpad istót białkowatych w znacznym stopniu, co oczywiście dla chorych

i tak wyniszczonych nie może być obojętném. (*Wien. med. Bl.* 1880, Nr. 4).

ss) Dr. Küster opisuje przypadek wieńcogłówki wątrobowéj (*echinococcus hepatis*) u dziewczynki 9-letniéj wyleczony za pomocą t. zw. cięcia dwuczasowego Volkmanna. Gdy w 10 dni po przecięciu (równolegle do łuku żebrowego) powłok brzusznych, brzegi przeciętéj równocześnie otrzewny brzusznéj zrosły się już z powłoką surowiczą wątroby, K. naciął także ścianę pęcherza wieńcogłówkowego, z którego wylała się natychmiast wielka ilość cieczy na zewnątrz; w głębi jamy udało się jeszcze i drugi takiż pęcherz przerwać palcem. Po założeniu drenu i oprawy przeciwgnilnéj chora w 5 tygodni po pierwszém cięciu wróciła do zdrowia. (*Berl. klin. Wochft.* 1880, Nr. 4).

ss) Do niedawna jeszcze zaprzeczano z wielu stron, jakoby ostre reumatyczne zapalenie stawów mogło przejść w zapalenie ropne; inni zejście takie uważają za możebne, ale w każdym razie bardzo rzadkie. Obecnie ogłasza Dr. Körte 6 przypadków typowego ostrego reumatyzmu stawowego z zejściem w ropienie (3 razy staw kolanowy, tyleż razy stopowy). W 2 przyp. istniało powikłanie z zap. śródsierdzia. Mimo podawania przetworów salicylowych objawy zapalne ustąpiwszy z innych stawów utrzymywały się w stawach kolanowym lub stopowym. Wielka bolesność przy ucisku i ruchu, rozszerzenie torebki stawowéj, zaczerwienienie i obrzmienie pokrywających części miękkich, wzmagająca się wieczorem gorączka, dowodziły wypociny ropnéj. Bezpośrednie badanie po otwarciu krwawém stawów wykazało ropne zap. błon maziowych, przekrwienie a nawet niekiedy poczynające zniszczenie końców stawowych kości, surowicze obrzmienie więzów, zwłóknienie chrząstek itd. We wczesnym okresie otwarcie stawu, drenowanie i opatrunek przeciwgnilny wstrzymywały sprawę zapalną. Wykonana w 2 przyp. resekcyja stawu kolanowego dała w krótkim czasie dobre wyniki. (*Berl. klin. Wchft.* 1880, Nr. 4).

ss) Dr. Schaffer poleca po wyrwaniu zęba zakładanie kulek z waty salicylowéj zwilżonych chloroformem. Tamponiki takie sprawiają, że ból ustępuje bardzo rychło, dziąsło się kurczy a krwotok ustaje. Przeciw rozmaitym postaciom zapalenia dziąseł, pruchnienia zębów itp. zachwala zarazem następujące płukadło: Rp. Spirit. vini conc. 100.00, chloroformi 5—10.00, ol. menth. pip. gutt. 5—10. (*Wien. med. Wchft.* 1880 Nr. 4).

Lindemann radzi używać balsamu peruwiańskiego dla pokrycia przykrego zapachu jodoformu. Dwie części balsamu peruwiańskiego na 1 część jodoformu użyte. najzupełniéj wystarczają, aby pokryć niemiłą woń jodoformu. Jako objemiec do maści najlepiéj się nadaje Vaselina a w postaci płynnéj wyskok lub gliceryna. Rp. Jodoformi 1.00 Balsami Peruviani 2.00 Vaselini 8.00 Mf.Ung albo Rp. Jodoformi 1.0 Balsami Peruviani 3.0 Spir. vini rect. lub Glycerini 12.0 M. d. s. Przygotowując powyższe przetwory uważać należy, ażeby najprzód jodoform z bals. peruwiańskim był dobrze roztartym, a potém dopiero zmięszać je z objemcem. (*Vierteljahresschrift f. Dermatol. u. Syphilis.* H. 4, 879). *Z.*

Roc podaje następujący przepis na *Tinct Jodoformi composita:* Rp. Jodoformi 1.0 Kali jodati 70.0 Glycerini 70.0 Spir. vini fort. 200.0 Nastój ten przygotowuje się w następujący sposób. Rozciera się najprzód na delikatny proszek jodoform z jodkiem potasu, następnie z gliceryną zarabia się na ciecz śmietankowatą, poczém dodawszy wyskok mięsza się dokładnie dopóty, dopóki wszystko się nie rozpuści. Płyn dokładnie przygotowany jest przeźroczysty i barwy złotożółtéj. Dawka: trzy razy dziennie po 15 kropel na cukrze lub w syropie. Działa szczególniéj dobrze na gruczoły chłonne sprowadzając rychłe wessanie. Można go równie stósować miejscowo jak i do wstrzykiwań miąższowych we wrzody pod rozmaitą postacią występujące. (*Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syphil.* H. 4. 879). *Z.*

Waller poleca w dymienicach wstrzykiwania miąższowe. Używa on 10 grm. kwasu karbolowego na 2 gliceryny a 6 wody (? części. *Sprawozd.*) i z tego wstrzykuje 25 kropli. Jedno wstrzyknięcie ma wystarczać, a ból ustaje w kilku godzinach. (Dotychczas używano do miąższowych wstrzykiwań 2% rozczynu kwasu karbolowego, wyniki jednak nie bywały zbyt świetne i dlatego téż sposób ten leczenia nierozpowszechnił się. *Uwaga Sprawozd.*) (*Vierteljahr. f. Dermat. u. Syph.* H. 4. 879). *Z.*

VI. O błonicy (*diphtheritis*) panującej nagminnie na Podolu.

List II.

Kilka luźnych uwag o błonicy. Porównanie przypadłości w podręcznikach lekarskich z symptomami postrzeganemi podczas teraźniejszéj epidemii. O przyrzucie dyfterytycznym; opisanie niektórych przypadków zarażenia.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Forma dławcowa (*diphtheritis cruposa*) niczém się nie różniła od tak dokładnie opisanéj przez Senatora i Oertla, byłoby więc nadużyciem cierpliwości czytelnika, gdybyśmy podawali szczegółowy jéj obraz, znany mu dobrze zapewne. Wskażemy więc na niektóre przypadłości o tyle, o ile nam się z nich udało pewne wnioski wyciągnąć. I tak, nudności i wymioty, szczególniéj u dzieci, są dość częstém zjawiskiem, występują one zwykle z ogólném niedomaganiem, dreszczami i reakcyją gorączkową. Drgawki należą do przypadłości wyjątkowych; na 123 przypadków różnych form błonicy, napastujących wiek dziecięcy od półroku do lat 10 włącznie, dwa razy tylko towarzyszyły one chorobie; raz jednocześnie z niemi i nalot w gardzielu wytwarzać się zaczął; raz znowu błona dyfterytyczna już po ich ustąpieniu we 36 godzin okryła migdałki, w obu jednak przypadkach zejście było niepomyślne. Ból przy połykaniu, połączony z bólem szyi, można uważać za stałe zjawisko; na 276 obserwacyj, od lat 6 do 60 włącznie, jedna tylko chora, siedmioletnia, nietylko na ból nie narzekała, ale co więcéj badana niedoświadczała go wcale. Obrzmienie gruczołów zawsze towarzyszyło błonicy, powiększenie tego obrzmienia, infiltracyja tkanki komórkowatej okalającéj gruczoły, były niejako skalą nasilenia albo słabnięcia sprawy chorobowéj, i stanowiły jednę z pewniejszych wskazówek przy rokowaniu. Kiedy proces patologiczny miał się ku pomyślnemu rozwiązaniu, obrzmienie to, w ciągu pierwszych 2 — 3 dni zwiększające się stale, naraz zatrzymywało się na drodze rozwoju, i już we 24 godzin znacznie opadło. Przy smutném zakończeniu, albo co jedno i to samo, przy przeobrażeniu się formy dławcowéj w septyczną, nasięk tkanki komórkowéj powiększał się, zsuwał się na przednią część szyi i na piersi, i mały chory robił wrażenie klocka, na którym osadzona główka. Najcięższą chwilą w formie dławcowéj są pierwsze dnie choroby mianowicie do piątego włącznie, szósty już więcéj nastręcza nadziei. Wyjątek stanowiły rzadkie zresztą przypadki, kiedy się po kilkakroć powtarzało odrodzenie błony dławcowéj. Dwukrotne jego wystąpienie należało do zjawisk dość częstych; naprzykład produkcyja patologiczna wydziela się czy to w postaci drobnych strzępów, ze śluzem i śliną, czy też

wypada ze strumieniem mocno zastrzykniętego płynu, na błonie śluzowéj pozbawionéj połysku i nabłonka już we 12 godzin po oddaleniu pierwszego nalotu wytwarza się nowy cieńszy od poprzedzającego, wątlejszy, jakby przeźroczysty. Podobno Henoch utrzymuje, że wysięk błonicowy sześć razy odradzać się może, co do nas widzieliśmy trzykrotne jego wystąpienie na jedném i tém samém miejscu i to w wyjątkowych przypadkach. Jeden z nich szczególnie utkwił nam w pamięci; na prawym migdałku nalot dość zbity i gruby, we 24 godzin rozpada się on, miejsce dotknięte chorobą oczyszczone, ale jednocześnie sprawa się przenosi na lewy migdałek, w drugich 12 godzin zajmuje miękkie podniebienie, po upływie doby, błony albo usunięte, albo zawieszone w kształcie firanek, ale dostrzegamy nowe wytwarzanie się produkcyi patologicznéj na prawym migdałku, ztąd idzie na lewy itd. zakończenie jednak po tém wszystkiém pomyślne; dodamy wszakże, że przypadek opisany dotyczył silnego 20-letniego młodzieńca, który przeszło przez dwa miesiące nie mógł przyjść do siebie.

Zachowanie się moczu w błonicy stanowi rzecz jeszcze nie należycie zbadaną; Oertel, Ebert i Lewin różnią się tu w zdaniach. Że moczu bywa mało na początku choroby przy natężeniu gorączkowém, to pewna, jest on przytém mocno nasycony, ilość mocznika i kwasu moczowego zwiększa się w nim, co zaś do białka, to ten się wcale niema w stosunku prostym do siły choroby. Wreszcie wyznać musimy, że postrzeżenia nasze w tym względzie bardzo ubogie, ledwie 9 razy badaliśmy mocz, i to niestale u jednego i tegoż samego indywiduum od wystąpienia zjawisk chorobowych do pomyślnego albo niepomyślnego zakończenia dyfteryi. Przyszliśmy jednak do wniosków następujących: W błonicy nieżytowéj mocz białka nie zawiera, w błonicy dławcowéj i septycznéj, przy największem nawet ich nasileniu, niezawsze białko występuje. Dwa przypadki, badane częściéj, tak się przedstawiały: dziewczynka siedmioletnia, dostała płonicy, ku jéj końcowi sporo białka w moczu odnaleźliśmy, w dni cztery potém następuje krwotok nerkowy, i ten usunięty: w dni dziesięć, w moczu ledwie ślady białka; mija dwa tygodnie, chora nieopuszczając łóżka zapada na błonicę (formę septyczną), choroba trwa 12 do 14 dni, mocz co dnia badany nie zawiera w sobie białka. Drugi przypadek dziewczyna lat 10, na drugi już dzień po uformowaniu się nalotu dyfterycznego przybiera on postać rozpadową, septyczną, w moczu obfitość wielka białka aż do 12 dnia choroby; niknie on prawie zupełnie z wystąpieniem przypadłości porażenia gardziela, mięśni językowych, twarzowych (ztąd mowa zupełnie uie zrozumiała, slinotok, trudność połykania), mięśni piersiowych, (zaduszanie uparte i męczące), a kiedy te przypady osłabły, wytworzyło się porażenie odnóg dolnych, najupartsze, najdłużéj, bo całe dwa miesiące trwające; badany mocz niewykazywał prawie obecności białka, czasem odnaleźć go można było ledwie 0,5% i to niezawsze. Nareszcie pojawia się długo wyglądany okres rekonwalescencyi, dziecko zaczyna chodzić, została tylko niedokrewność i mięśnie zbyt wiotkie. Naraz wybuchają przypady przemijającéj uremii, potém obrzmienie odnóg, obecność białka znowu skonstatowana w moczu do 10 a potém do 15% i tak w ciągu dwóch miesięcy do zgonu. Podaję fakta, wniosków z nich niewyprowadzam żadnych.

Rozszerzenie się sprawy dyfterytycznéj na jamy nosowe spostrzegaliśmy w 0,8 przypadków zgonem zakończonych; można śmiało powiedzieć, że w obecnéj epidemii daleko się ono częściéj przytrafiało, niźli zajęcie krtani, które obserwowaliśmy w 0,2 przypadków. Wydzieliny błonicowe przyjmowały niemiłą woń wyłącznie przy zajęciu nosa.

Co do formy septycznéj, zaznaczymy, że częstokroć szczególnie, kiedy zejście było niepomyślne, na drugi dzień od chwili wystąpienia wybuchała ona z całą gwałtownością; w notatkach naszych znajdujemy 32 przypadki tego rodzaju na ogólną cyfrę 74; stan gorączkowy ledwie trwał godzin 6—8, potém zaraz następował upadek pulsu, wydzieliny mniéj albo więcéj smrodliwe i zgon na trzeci dzień miał już miejsce, albo w skutek ociekliny płuc *(oedema pulmonum)*, albo w skutek omdlenia.

Krwotok obfity z migdałka raz tylko zdarzyło nam się widzieć, właśnie w okresie septycznym, a choć on był obfitym, chory pomimo to przyszedł do siebie, liczył lat 20 i dziś cieszy się pożądanym stanem zdrowia.

Błonicę zgorzelinową po czterykroć postrzegaliśmy; w dwóch przypadkach zejście było śmiertelne, w dwóch innych miała miejsce utrata języczka a także części miękkiego podniebienia, które formowało białą błyszczącą bliznę, mowa niewyraźna, nosowa pozostała na zawsze, jako ślad przebytéj choroby. (Jeden tylko z nich był naszym pacyjentem).

By już raz skończyć z symptomatologiją, dodamy tutaj krótką statystykę: na 702 postrzeganych przez nas przypadków, w chwili badania, bez względu na to, jakie formy potém choroba przybrała, zaznaczyliśmy: błonicę nieżytową 380 razy, dławcową 195 razy, septyczną 123 razy, zgorzelinową 4 razy.

Zdaje nam się, że podział przyjęty w nauce wyobraża tylko pewne stopnie jednéj i tejże niemocy, że dyfteryja nieżytowa jest jakby gruntem, na którym rozwija się forma dławcowa, że ta zawsze poprzedza septyczną, jak ostatnia poprzedza zgorzelinową; ale w przypadkach gwałtowniejszych *diphtheritis catarrhalis* i *diphtheritis cruposa* krótko tylko trwają, a na ich miejscu wybucha postać gnilna i zniszczenie w ustroju doprowadza do linii krańcowéj, kiedy zaś znajdzie w nim siłę odporną, idzie daléj, przeobraża się w gangrenę gardziela.

O przyrzucie błonicowym mówić nam z kolei wypada. Ale najprzód stanowczo wyznajemy, że się przychylamy do zdania, które utrzymuje, że dyfteryja jest w początku chorobą miejscową, a tylko z czasem staje się ogólną. Że niekiedy okres pierwszy, jak okres wylęgania, może być bardzo krótki, tak krótki, że przechodzi nie postrzeżony, temu wcale niezaprzeczamy. Dlaczego przyrzut obiera sobie siedlisko w przełyku? dlaczego z upodobaniem szczególném lokuje się na migdałkach, czy na języczku, czyli w ich okolicy na sklepieniach podniebienia miękkiego? bo przynajmniéj na 720 przypadków obserwowaliśmy go 699 razy na wyżéj wskazanych miejscach. Przypuszczać się godzi, że błona śluzowa tych części najwięcéj jest narażona na wpływy powietrza, a migdałki na wiecznym zostają przeciągu, przy każdym akcie wdychania powtarzanym; dlatego to u osób dotkniętych przerostem migdałków, pofałdowanych i pooranych brózdami, prawdopodobieństwo zarażenia jest większém, niźli u innych nie ulegających temu cierpieniu. Bo przypuszczać, że wiek dziecięcy usposabia bardziéj od każdego innego do zarazy, jest to grubą popełniać omyłkę; wszyscy zarówno jéj ulegamy, dzieci tylko jako wątlejsze częściéj padają ofiarą choroby; z 301 osób, o których wieku pewne mamy dane,

widać że od 1 do 10 lat było 113 chorych błonicowych, od 10 do 20 126, od 20 do 60 63.

Wiemy z doświadczenia, że dyfteryja jest chorobą sporadyczną; nie ulega wątpliwości, że panować może nagminnie; pod wpływem wszakże jakich czynników wytwarza się, o tém dotąd z pewnością zawyrokować nie można. Oertel utrzymuje, że warunki produkujące miazmy septyczne, zgorzelinę szpitalną, zdolne są wywołać i błonicę. Lekarze połtawscy, gdzie obecnie choroba rzeczona dziesiątkuje ludność wiejską, dowodzą, że grunt przesiąkły nieczystościami wszelakiego rodzaju jest podścieliskiem, w którym ona gniazdo sobie wije, dla tego też podczas dni mroźnych jest ona słabszą, kiedy z każdą odwilżą wzmaga się jéj natężenie. Niestety nasze postrzeżenia, a o nich niżéj powiemy dotykając kwestyi zmian atmosferycznych i ich stósunku do błonicy, przeciętnie są przeciwne połtawskim. Daléj dyfteryja sporadyczna w szpitalach paryskich i londyńskich jest zja wiskiem coroczném, a jednak nie przybiera ona cech epidemicznych. I u nas dotąd miewaliśmy dyfteryję sporadyczną bardzo często w biednéj dzielnicy miasta, położonéj na nizinie przyrzecznéj: tutaj niechlujstwo i zaniedbanie wszelkich higijenicznych przepisów podają rękę nędzy strasznéj.. dziwna jednak rzecz! kiedy błonica wybuchła epidemicznie w całéj gubernii, najmniéj jéj przypadków tam właśnie spotykamy, gdzieby się ich najwięcéj spodziewać należało.

Więc są pewne niezbadane dotąd warunki sprzyjające przeobrażeniu się sporadycznéj błonicy w nagminną, ta zaś ostatnia rozrasta się i rozpowszechnia w skutek bezpośredniego zarażenia. Produkt niemocy tj. błona dyfterytyczna w stanie rozpadu, czy to unosząc się w powietrzu, czy wydzielona z oddechem lub plwocinami chorego, jest właśnie źródłem zarazy. To téż osoby okalające dyfterytyka najbardziéj są narażone na niebezpieczeństwo, chociaż i tutaj niepodrzędne zajmuje stanowisko większe albo mniejsze usposobienie do choroby, nie zbadane dotąd należycie. Znowu to stwierdzę przykładem: Znam cyrulika, który z szczególném zamiłowaniem dogląda chorych dotkniętych błonicą, nieraz całe miesiące pośród nich przepędzał, od rana do wieczora pędzlował albo szprycował gardła, usuwał szczypczykami produkcyje patologiczne wytworzone przez niemoc w mowie będącą, nocował w jednéj izbie z chorymi, przyniósł zarazę do domu, któréj ofiarą padły dwie jego córeczki, sam jednak nigdy nie uległ nawet prostemu nieżytowi gardziela. I kazuistyka i doświadczenie potwierdzają zaraźliwość błonicy. Jeżeli bowiem — jak słusznie utrzymuje Oertel — kilka osób wspólnie zamieszkałych, cała wreszcie gmina może uledz chorobie w skutek miazmatu, to z drugiéj znowu strony mamy cały szereg faktów, dowodzących udzielania się jéj od bezpośredniego z produktami dyfterytycznemi zetknięcia.

A przyrzut ów, nie taki lotny jak inne, więcéj ważki, trzymający się długo w jednéj miejscowości, działający powolnie, jeżeli się zagnieździ w mieszkaniu, nurtuje w niém, przycicha czasem na chwilę, by potém na nowo z większą siłę wybuchnąć. Ważkość ta przyrzutu tłumaczy nam, dla czego w chatach włościańskich tak się uparcie, tak wytrwale gnieździ, dla czego niekiedy zimą działa złośliwiéj. Wiemy bowiem, że kmieć nasz, z natury swojéj niechlujny i lekceważący przepisy najzwyczajniejszéj czystości, w chacie z jednéj izby złożonéj tuli się sam z rodziną i służbą, a oprócz ludzi i młody dobytek tu się przechowuje, mianowicie: kury, prosięta, jagnięta, a często i spory cielak; o przewietrzaniu niema mowy, poczciwy wedle prastaréj konstrukcyi zbudowany komin spełnia tę funkcyję, choć dla przysporzenia ciepła często szczelnie bywa zatykany. Niechże pod taką strzechę dostanie się dyfteryja, o złośliwości któréj kmieć niema najmniejszego wyobrażenia, — można sobie łatwo wyobrazić, jakie wówczas sprawia zniszczenie. Dziwić się doprawdy jeszcze potrzeba, że zwierzęta, w takiéj bliskiéj z ludźmi zostające styczności, nie ulegają zarazie. Miałożby to podawać w wątpliwość pomyślne wyniki szczepienia dyfteryi, dokonywane na królikach przez Oertela? Borri wspomina o psach zapadających na błonicę, ktoś inny o kurach.... Ani jednego ani drugiego nie spotkaliśmy podczas bieżącéj epidemii. Wracając do przerwanéj kwestyi, dodamy jeszcze, że kiedy wszyscy autorowie utrzymują, że błonica w miastach jest niebezpieczniejszą niżli w wioskach, u nas rzecz się dzieje przeciwnie: mieszkania miejskie, nawet te, które zajmują ubogie rodziny izraelskie, daleko świetniejsze warunki zdrowotne posiadają, niżli owe sadyby kmiece, okolone ogrodami, falą świeżego powietrza owiane. Idylla to wszakże pozorna, raz bowiem w téj wrzekoméj arkadyi rozwielmożniona choroba nagminna wszechpotężnie w niéj zapanowuje. I dlaczegóż nie ma być samowładną panią, kiedy nikt na nią ręki nie podnosi, owszem wszelkie starania dążące do jéj poskromienia paraliżują i chorzy ich otaczający. Może nie zechcecie wierzyć, a jednak jest prawda, że w jednéj z wiosek sąsiednich cyrulik sprowadzony przez posiadacza ziemskiego cofnąć się musiał ze stanowiska, bo mu baby wiejskie nawymyślały, zagroziły nieledwie zniewagą za to, że je upominał, by dzieci swoje pozwoliły opatrzéć i w przypadku choroby lekarstwo zadawały, naturalnie, bezpłatnie im ofiarowane.

Przyrzut dyfterytyczny bardzo się łatwo przenosi z odzieżą, nawet z chlebem. Nie mało na to przytoczyć można dowodów z dziejów dzisiejszéj epidemii, podam wszakże tylko więcéj ciekawe i pouczające. U jednego z urzędników było dwoje dzieci dotkniętych błonicą: córka lat 16 i syn l. 12, forma choroby dławcowa w okresie przejścia w septyczną, mieszkali oni w dzielnicy miasta, zwanéj nową („nowy plan"). Starsza zaś córka tegoż urzędnika, matka trojga dzieci, z których jedno przy piersi ($1\frac{1}{2}$ roczniak), kwaterowała w Polskich folwarkach, także przedmieściu Kamieńca, gdzie dyfteryi dotąd niepostrzegano. Otóż odwiedziła ona chorą siostrę, przepędziła w jéj pokoju najwięcéj minut dwadzieścia, powróciła do siebie zupełnie zdrowa, ale już w kilka godzin dostała lekkiéj nieżytowéj anginy, nad ranem zachorował osesek na błonicę dławcową i umarł po upływie doby; jeszcze go niepochowano, kiedy zapadła sześcioletnia dziewczynka i ta w 48 godzin życie skończyła; trzecie czteroletnie dziecko, chorowite, wątłe, zołzowe, niedokrewne, nieuległo chorobie; matka wyzdrowiała, ale stała się jakby przenosicielką zarazy, bo ta ostatnia przywieziona przez nią wytworzyła rodzaj ogniska, z którego rozszerzyła się choroba po całéj dzielnicy; po zgonie dziatwy uległa rozmaitym formom błonicy służba: dwie dziewczyny, kucharka, stróż, furman, potém sąsiedzi itd. itd. Następujący przypadek jeszcze wybitniejszy. Podczas epidemii panującéj w Braże nad Dniestrem u zamożnego gospodarza umarło dziecko w izbie, gdzie leżał nieboszczyk, pieczono kołacze dla poczczenia gości sproszonych na stypę, co przedniejsze z nich odesłano parochowi; po spożyciu pieczywa córka tego ostatniego i dwie służące uległy błonicy, tamta pięcioletnia rychło umarła, ostatnie, starsze przyszły do zdrowia. Jeszcze jedno postrzeżenie. Szpital, w którym ordynuję, liczy 30 łóżek, a pacy-

jenci — to wychowańcy jednego z wyższych zakładów naukowych. W październiku 1877 r. wybuchła między nimi dyfteryja, nie silna, przeważnie formy nieżytowéj, a że szkoła nie miała młodszych uczniów nad lat 16, więc się nie bardzo obawiałem złych następstw; w ciągu dwóch miesięcy naliczyłem 37 chorych, pomieszczeni oni byli w osobnéj sali, mieli odrębną pościel, bieliznę, szlafroki. Na początku grudnia zaraza ustała zupełnie w szpitalu i zakładzie; salę szpitalną, gdzie pomieszczono błonicowych, przewietrzono, rzeczy uległy okadzaniu siarką, desinfekcyi. Naraz około 28 grudnia znowu występuje choroba, ale w sposób niezwykły; oto ulegają jéj właśnie tylko wychowańcy przybywający do szpitala z innemi niedomaganiami (*bronchitis, diarrhoea, rheumatismus* itd.) i to po kilkodniowém w niém przebywaniu. Przekonałem się w rychle, że przyczyną tego było używanie przez nich kołder i szlafroków, które przedtém nosili dotknięci błonicą chorzy, a z usunięciem przyczyny i sprawa dyfterytyczna ustała.

(Dokończenie nastąpi.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Deputacyja kolegijum doktorów wiedeńskich (*med. Doctorencollegium*) złożone z prezesa radzcy dworu Dra Schmerlinga, wiceprezesów i sekretarza, miała w dniu 2 bm. audyjencyję u ministra spraw wewnętrznych, celem przedłożenia uchwały prawie jednomyślnie zapadléj w tém kolegijum, oświadczającéj się stanowczo przeciw utworzeniu Izb lekarskich.

Statystyka epidemij. W 2 tygodniu rozszerzyła się bardziéj ospa w Londynie, umarło 8, leczyło się w szpitalach 77, świeżo zapadło 30. I w innych miastach wzmogła się ospa. W Wiedniu umarło 8, w Pradze 6, w Petersburgu 6, w Barcelonie 10, w Bukareszcie 32, w Paryżu 64. Odra panuje w Amsterdamie, w Kopenhadze i Liwerpolu. Dur brzuszny pojawiał się częściéj w Barcelonie i Petersburgu, malaria w Rzymie. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Kopenhadze po 2, w Petersburgu 8. W tygodniu 3 umarło w Krakowie 7 z ospy, 1 z płonicy, 1 z gorączki połogowéj a doniesiono w tymże tygodniu o 17 przypadkach ospy (10 w wojsku, na Smoleńsku pod L. 50 i 592, w ul. Lubicz L. 106, w ul. Różannéj 412, w ul. Floryjańskiéj 324, w ul. św. Katarzyny L. 67, w szpitalu św. Ludwika) 2 ospicy (w ul. Batorego L. 93, w ul. Bożego Ciała 317); 3 ospianki (3 w ul. Szewskiéj L. 321); 1 płonicy (w ul. Zwierzynieckiéj L. 30), 1 czerwonki (w wojsku).

Statystyka epidemij. W tygodniu 3 ospa nieco się zmniejszyła w Londynie, umarło 4, leczyło się w szpitalach 75, świeżo zapadło 8. W roku 1879 umarło w Londynie z ospy razem 458, względnie 2544 i 1416 w latach dwóch poprzednich, czyli umarło 126 na milijon mieszkańców a 410 średnio w ostatnich 42 latach 1838/79. W 16 latach 1838/53 umierało średnio 512 na milijon zaś w ciągu 26 lat 1854/79, odkąd szczepienie jest przymusowe (*obligatorisch*) umierało rocznie średnio 348 Bardzo rozszerzyła się ospa w Bukareszcie, gdzie umarło 44 i w Paryżu, gdzie umarło 61. W Wiedniu umarło 9, w Pradze 4, w Barcelonie 16, w Wenecyi i Petersburgu po 3. Płonica zabrała więcéj ofiar w Londynie, Liwerpolu, Bukareszcie; odra w Londynie i Amsterdamie a nieco mniéj w Kopenhadze i Liwerpolu. Dur brzuszny, powrotny i skórny częściéj się pojawiał w Petersburgu.

W tygodniu 4 umarło w Krakowie: 7 z ospy, 1 z płonicy, a doniesiono w tymże czasie o 14 przypadkach ospy, 4 ospicy, 1 ospianki, 5 dławca, 3 płonicy, 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu drugim umarło na 1000 i rok w Krakowie 42,5; we Lwowie 32,9; w Warszawie 25,8; w Poznaniu 22,6; w Wiedniu 30,5; w Pradze 41,0; w Tryjeście 40,2; w Genewie 24,2; w Brukselli 21,9; w Paryżu 28,1; w Berlinie 25,2; w Mnichowie 32,8; w Wrocławiu 26,2; w Dreznie 26,3; w Lipsku 27,5; w Londynie 25,0; w Kopenhadze 27,6; w Chrystyjanii 12,1; w Petersburgu 41,9; w Odessie 36,9; w Wenecyi 57,3; w Bukareszcie 46,2; w Barcelonie 46,3; w Aleksandryi 41,9; w Nowym Yorku 22,8; w Madrasie 34,2.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 3 umarło na 1000 i rok w Krakowie 31,8; we Lwowie 31,5; w Warszawie 20,1; w Poznaniu 19,0; w Wiedniu 28,5; w Budapeszcie 34,0; w Pradze 37,5; w Tryjeście 36,1; w Berlinie 25,5; w Wrocławiu 29,2; w Mnichowie 34,4; w Dreznie 20,8; w Lipsku 26,2; w Bazylei 32,7; w Brukselli 24,3; w Paryżu 33,2; w Londynie 24,6; w Kopenhadze 24,4; w Stokholmie 24,2; w Chrystyjanii 17,9; w Petersburgu 44,7; w Odessie 33,7, w Rzymie 41,1; w Wenecyi 44,0; w Bukareszcie 52,0; w Barcelonie 41,5; w Aleksandryi 34,6; w Nowym Yorku 23,7; w Bombayu 34,9; w Madrasie 39,2. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 lutego. Z bióra oddziału żółkiewskiego Tow. lekarzy galicyjskich otrzymaliśmy odezwę, wystósowaną do biór reszty oddziałów tegoż Towarzystwa, a podpisaną przez przewodniczącego sekcyi żółkiewskiéj Dra Steinhausa i sekretarza Spiegla, z prośbą o umieszczenie jéj w Przeglądzie Lek. Brak miejsca nie dozwala nam umieścić w całości odezwy obszernéj, dlatego ograniczamy się do podania jéj treści. Sekcyja żółkiewska na posiedzeniu swém w d. 21 stycznia odbytém uchwaliła w uznaniu zasług protomedyka Biesiadeckiego koło rozwoju Towarzystwa lekarzy galic. zamówienie w litografii Salba w Krakowie portretu jego, na wzór portretów Majera i Skobla. z polecenia Tow. lek. krak. wykonanych. Egzemplarz kosztować będzie 2 zlr. w. a. a nadwyżka z rozprzedaży przeznacza się na fundusz żelazny dla wdów i sierót po lekarzach galicyjskich. Sekcyja wzywa do licznego udziału w prenumeracie. — Ze względu na cel tak chwalebny Administracyja Przeglądu Lek. gotową jest do przyjęcia zamówień.

* Prof. Dr. Korczyński, dziekan Wydziału lek., mianowany został członkiem honorowym serbskiego Tow. lekarskiego w Białogrodzie.

* **Warszawa.** Oprócz Dra Podowskiego obchodzili temi dniami jubileusz 50 letni zawodu lekarskiego Drowie Dudrewicz i Klecki (pierwszy wychowaniec Uniw. Jagiell., ostatni warszawskiego). (*Medycyna*).

* **Praga czeska.** Towarzystwo lekarzy czeskich uchwaliło sporządzić tablicę marmurową z popiersiem Purkyniego i umieścić takową na domu, w którym dawniéj mieścił się zakład fizyjologiczny, a w którym przez lat wiele pracował zasłużony ten uczony.

* Na posiedzeniu Stowarzyszenia lekarsko-przyrodniczego w Insbruku z d. 29 stycznia rb. Komisyja wyznaczona do zbadania sposobu leczenia suchót za pomocą będźwinianu sodowego zdała sprawę i doszła do wniosku, że stósowanie tego środka nie prowadzi do takiego rezultatu, jakiego spodziewano się po doświadczeniach Schüllera na królikach. U jednego tylko chorego widziano przemijające polepszenie co do niektórych objawów. Prof. Rokitansky obecny na tém posiedzeniu oświadczył, że zgadza się z wnioskami Komisyi i żałuje, że zawczasu nie sprostował przesadnego przedstawienia rzeczy ze strony asystenta swego Dra Kroczaka. (*W. med. Presse* Nr. 5).

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny Dr. Küstner w Jenie mianowany został profesorem nadzw. — W wydziale lek. w Lille mianowani zostali: Puel profesorem anatomii opisowéj, Kelsch prof. anatomii patologicznéj, a Dr. Castiaux prof. medycyny sądowéj.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień Dra w. n. lek. w Uniw. Jagiell. otrzymał w d. 30 stycznia rb. p. Gabryjel Sysak z Oświęcima.

* **Nekrologija.** W Kairze umarł Dr. Reil-bey, lekarz przyboczny wicekróla, w Paryżu Dr. Ludwik Lemaire, znany z wykładów o chorobach serca. — We Wrocławiu umarł Dr. Julijusz Hodann, prymaryjusz szpitala WW. Świętych, licząc lat 64. — W Londynie umarli: Dr. Edward Seaton prezes tow. epidemijologicznego i naczelny lekarz służby zdrowia i Lockhart Clarke, lekarz szpitalny.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 5: Heringa: O nowszych sposobach badania i leczenia chorób jam nosowych; Sznabla: Choroba skórna zwana „Uta," stale panująca w północno-wschodniém Peru.

Redakcyja otrzymała:

Rivista sperimentale di medicina legale, Anno V, Fascicolo IV, Reggi o-Emilia, 1880.

Prof. Dr. C. Gussenbauer. Ueber den Mechanismus der Gehirn erschütterung. (Separatabdruck aus der Prager. Med. Woch. 1880, Nr. 1—3), w 8ce, str. 20.

Piśmiennictwo lekarskie. ARLOING S. Recherches expérimentales comparatives sur l'action du chloral etc. gr. 8. Paris, Masson. Fr. 5.

ARNOZAN. Étude expérimentale sur les actes mécaniques du vomissement. 8. Paris, Delahaye. Fr. 3.

AUGAGNEUR. Étude sur la syphilis héréditaire tardive. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. $2^1/_2$.

BARD. De la Phthisie fibreuse chronique. 8. Paris, Baillière et fils Fr. $3^1/_2$.

BARDELEBEN A. Lehrbuch d. Chirurgie u. Operationslehre. M. zahlr. Holzschn. 8. Ausg. 1. Bd. gr. 8. Berlin, Reimer. M. 9.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 14 lutego 1880. № 7. Rok XIX.

TREŚĆ: I. RYDYGIER. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r. — Wstęp. — II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech. PONIKŁO. IV. Suchoty i gruźlica (Dok.) — III. KROWCZYŃSKI. Leczenie wiewióra przewlekłego. (C d.) — IV *Oceny i sprawozdania*: JENNER. O leczeniu duru brusznego. Sprawozdanie Dra Ponikły. GUSSENBAUER. URBANTSCHITSCH. ZEISSL. — *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Posiedzenia towarzystw:* Towarzystwo lekarskie krakowskie.— VI. *Odcinek:* ROLLE. O błonicy *(diphtheritis)* panującéj nagminnie na Podolu. List II. (Dok.) — VII. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VIII. *Wiadomości bieżące.*

I. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r

Wstęp

napisał Dr. Rydygier.

Dziś kiedy większe i mniejsze zakłady pospieszają ze sprawozdaniami, byłoby zbytecznem usprawiedliwiać się, że podobną pracę podejmujemy. Z prac odnośnych specyjalnie chirurgicznych wymieniamy tylko Krönleina sprawozdanie z kliniki Langenbecka, *(die Langenbecksche Klinik und Poliklinik, Archiv. f. kl. Chir.* Tom XXI.), Schüllera *(die chir. Klinik zu Greifswald im J. 1876. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* Tom VIII, IX i X) z kliniki Hüterowskiéj, Krabbela *(Arch. f. Kl. Chirurgie.* Tom XXIII, zeszyt 2, 3 i 4) z chirurgicznego oddziału szpitala kolońskiego, w końcu pomijając wiele innych, sprawozdanie Billrotha z kliniki zurychskiéj i wiedeńskiéj. Nie mało nas téż zachęciło do téj pracy obecnie drukujące się sprawozdanie z kliniki prof. Korczyńskiego, w którém na wstępie tak dobitnie potrzebę i korzyści podobnych sprawozdań wykazano.

Pierwsze to sprawozdanie poprzedzimy króciuteńką wzmianką o urządzeniu naszego zakładu.

Nie chcąc porzucić razem z docenturą w Jenie ulubionego zatrudnienia chirurgicznego, otworzyłem swój zakład, któryby nie tylko leczeniu chirurgicznemu chorych służył, ale zarazem, i to głównie, dał nam sposobność do dalszego kształcenia chirurgicznego i pracowania samodzielnego na polu naukowém. O ile zakład zadaniu pierwszemu odpowiedział, wykaże obecne sprawozdanie, prace naukowo-eksperymentalne, które późniéj ogłosimy, dowiodą ostatniego.

Zakład zbudowany w systemie korytarzowym jest urządzony na 25—30 chorych. Na końcu korytarzy znajdują się łazienki i klozety. W całym domu zaprowadzone wodociągi i dzwonki pneumatyczne. Położenie zakładu piękne w niemałym nowozałożonym parku. Pomieszkanie nasze (kol. asystenta i moje) stanowi skrzydło gmachu głównego, tak że każdego czasu mają chorzy zapewnioną pomoc lekarską.

W osobném zabudowaniu znajduje się pokój eksperymentalny.

Statystykę zwykle na tém miejscu zestawianą opuszczamy dla zbyt maléj liczby obserwowanych przypadków.

Leczenie ran. Rozdział ten w ostatnich dziesiątkach lat najwięcéj bez wątpienia zajmował chirurgów. Obecnie większa część kolegów skłania się do leczenia ran Listerowskiego lub któréjkolwiek z licznych jego modyfikacyj.— Słusznie bowiem Billroth *(Chirurg. Klinik Wien* 1871—1876 pag. 21) powiada, że chcąc się dokładnie dowiedzieć, jakiéj prawdziwie który z chirurgów używa oprawy, musimy go się zapytać: *„wie machen Sie Ihren Lister-Verband?“* tyle bowiem odmian oprawy Listera istnieje! Każdy niemal chirurg wybrał sobie z niemało skomplikowanéj oprawy Listera to, co uważał za najpotrzebniejsze, nie jedno zmienił, nie jedno zupełnie porzucił; podobnie i my postąpiliśmy. Początkowo zakładaliśmy oprawę Listera ściśle podług jego przepisu, tylko zamiast drogiego makintoshu używaliśmy papieru pergaminowego, znacznie tańszego, a zastępującego zupełnie makintosh, bo tak samo zapobiega szybkiemu przesiąkaniu oprawy. Rany, po których spodziewaliśmy się znaczniejszéj wydzieliny, opatrywaliśmy gazą pokrajaną w strzępki i potarganą (*Krüllgaze*), w taką bowiem więcéj wydzielin wsiąka, niż w gazę ułożoną w gładkie pokłady. Zresztą trzymaliśmy się ściśle przepisów Listera, a więc: oczyszczenie pola operacyjnego mydłem i ciepłą wodą (gdzie są włosy, wygolenie); obmycie 5% kwasem karbolowym; w tymże zamaczanie narzędzi; spray z 2% kwasem karbolowym, sączki zachowane w 5% roczynie; katgut lub karbolizowany jedwab do podwiązywania i szycia; protectiv-silk umaczany w karbolu; gazy kilka pokładów lub znaczną ilość potarganéj, na którą zawsze z 2 pokłady gładkiéj, papier pergaminowy umaczany w roczynie karbolowym, na to znowu ze 2 pokłady gładkiéj gazy; wreszcie przymocowanie szczelne całéj oprawy opaskami gazowemi umaczanemi w roczynie karbolowym.

Powoli przyjęliśmy niektóre zmiany. Mianowicie zaczę-

liśmy używać gazy sporządzanéj w miejscowéj aptece sposobem Brunsa, opisanym na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie [1]). Zalety téj gazy są następujące: 1) Jest tańsza od gazy Listerowskiéj, metr kwadratowy kosztuje bowiem 13—21 fen. (5—12 cent.), odpowiednio do tego, czy lepszéj lub gorszéj gazy użyjemy. 2) Gaza ta świeżo zawsze w małych ilościach podług potrzeby przyrządzona, nie traci przez długie leżenie kwasu karbolowego, co zawsze po pewnym czasie ma miejsce z gazą Listerowską, choiażby najlepiéj zapakowaną. Dowodem tego oświadczenie Bardelebena podczas dyskusyi na ostatnim kongresie chirurgów w Berlinie, podług którego w gazie Listera pół roku zachowanéj nie znaleziono ani śladu kwasu karbolowego. Ważna pod tym względem jest także rozprawka Kaufmanna *(Ueber den Carbolgehalt der Listerschen Verbandgaze. Centralblatt f. Chirurgie.* 1879, Nr. 50), który przywiózł ze sobą z Londynu gazę Listera pod jego dozorem przyrządzoną. Zarządzone przez prof. Nenckiego badanie chemiczne wykazało, że nominalnie 10% ta gaza zawierała tylko 0,91% kwasu karbolowego, mimo że bardzo troskliwie była opakowaną. Lister używa tylko świeżo przyrządzonéj gazy i wielce na to uważa. Pytanie tylko, czy gaza Listera, mająca mieć 10%, zawiera w ogóle tyle kwasu karbolowego, choćby zaraz po przyrządzeniu. Wątpliwość co do tego wyrazil już Bardeleben na miejscu wspomnianém, wątpi o tém także Kaufmann, gaza Listera bywa bowiem przyrządzaną w kotle ogrzewanym. Kaufmann zauważył, że po otworzeniu kotła napełnia się cały pokój parą karbolową, ulatnia się jéj więc dużo jeszcze przed zapakowaniem. Gaza Brunsa przyrządza się zaś na zimno, nie ulatnia się więc tyle kwasu karbolowego. 3) Gaza Brunsa nie jest tak twardą i sztywną, jak Listerowska. 4) Nie powstaje tak często pod nią podrażnienie skóry, jak pod gazą Listera. Zmieniliśmy tu cokolwiek zdanie Brunsa. Ten bowiem stwierdził, że i na naide likatniejszéj skórze gaza jego nie wywołuje podrażnienia, a na dowód przytaczał doświadczenie z kliniki Tybingskiéj, w któréj podczas całego roku nie zauważano ani jednego przypadku podrażnienia skóry, nawet u dzieci. My także aż do ostatniego czasu ani jednego przypadku podrażnienia skóry nie widzieliśmy, dopiero przed kilku tygodniami wystąpił bardzo dokuczliwy rumień *(Erythema)* u pewnéj pani operowanéj na raka gruczołów szyjnych (por. poniżéj opis poszczególnych przypadków). 5) Przyrządzenie gazy Brunsa nadzwyczaj jest łatwém; daje on [2]) następujący przepis: Na 1 kilo gazy bierze się następującą mięszaninę: 400,0 miałko sproszkowanego kolofonium mięsza się z 2ma litrami spirytusu. Po 15—20 minutach rozpuszcza się kolofonium; trzeba ciągle mięszać. Potém dodaje się 100,0 kwasu karbolowego i 80,0 ol. Ricini i znowu się mięsza. (Zamiast ol. Ricini można wziąść 100,0 gliceryny lub 100,0 roztopionego stearynu; dodając stearynu trzeba rozczyn do 15° R. ogrzać, co jednak z przyczyn powyżéj wyłuszczonych się nie zaleca). W końcu napawa się gazę tym rozczynem w następujący sposób: W dość wielkiém naczyniu układa się potarganą gazę i na nią wylewa się rozczyn, który szybko w nią wsiąka, potém wyżyma się ją celem równego napojenia po kilka razy od końca do końca, a nareszcie rozwiesza się i suszy, w lecie na powietrzu potrzeba 5, zimą w ciepłym pokoju 10—15 minut. Opakować można gazę tę w sposób podobny do Listerowskiego lub téż w puszki blaszane.

Podaliśmy tak dokładnie sposób przyrządzenia gazy podług Brunsa, ponieważ poznaliśmy zalety jéj i nigdy nie wrócimy do fabrycznéj Listerowskiéj. W przyszłym roku mamy zamiar w niektórych przypadkach wypróbować juty napojonéj chlorkiem zynku sposobem Bardelebena. Na ostatnim Zjeździe *(Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chir. VIII Congress* i sprawozdanie nasze w Przeglądzie Lek.) Bardeleben nadzwyczaj zachwalał jutę napojoną chlorkiem zynku, a mianowicie z następujących przyczyn:

1) Jest nadzwyczaj tania: oprawa potrzebna na ranę po wyłuszczeniu uda ma tylko 20 fen. (10 cent.) kosztować.

2) Przymiotu gryzącego chlorku zynku nie potrzebujemy się obawiać. Bardeleben opatrywał setki ran jutą napojoną chlorkiem zynku a nigdy nie widział nieprzyjemnych pobocznych skutków. Tłumaczy on to spostrzeżenie tém, że zanim chlorek zynku z juty się wypłucze i dostanie się do rany, musi się zmięszać z wydzielinami, więc nigdy w tym procencie do rany nie dochodzi, w jakim jest w jucie zawarty.

3) Przysposobienie i zachowanie juty chlorkiem zynku napojonéj jest bardzo łatwe, można ją w każdym szpitalu bez osobnych urządzeń przygotować: Rozpuszcza się 100,0 chlorku z. w 1000,0 ciepłéj lub nawet zimnéj wody bez wszelkiego dodatku, aptekarze zwykle lubią dodawać kwasu solnego, co nie jest tu dozwoloném, bo niszczy włókna juty; macza się w tym rozczynie 1000,0 juty i dopóty mięsza się i ugniata, dopóki rozczyn nie wsiąknie, nareszcie suszy się na słońcu lub przy piecu. Przechowanie zaś nie wymaga żadnych zabiegów, ponieważ chlorek zynku się nie ulatnia. Widziałem ogromne stosy juty chlorkiem zynku napojonéj na stołach w klinice Bardelebena, a podług niego nic to nie szkodzi, można ją téż w beczki popakować lub w pudła lub w jakiekolwiek inne naczynia. Początkowo obawiał się Bardeleben, że nie będzie można juty chlorkiem zynku napojonéj sucho utrzymać, boć znana jest hygroskopijność chlorku zynku. Próżną atoli okazała się ta obawa, juta zdaje się tak dobrze pochłania chlorek zynku, że w tym stanie traci swą hygroskopijność. Juta chlorkiem zynku napojona daje podług naszego zdania sposobność do stósowania oprawy przeciwgnilnéj nawet w szpitalach źle uposażonych, bo wcale nie jest droższą, albo tylko nieznacznie od skubanki.

Jeżeli nadto zważymy najnowsze badania Dra Hacka *(Ueber das Resorptionsvermögen granulirender Flächen. Deutsche Zeitschr. f. Chir.* Tom XII, zeszyt III, pag. 225) nad warunkami wchłaniania powierzchni ziarniną pokrytéj, które wykazały, że ziarnina powstała pod strupem chlorko-zynkowym najmniéj jest skłonną do wchłaniania, natenczas jucie chlorkiem zynku napojonéj przyznać musimy nieposlednie miejsce pomiędzy oprawami przeciwgnilnemi. Nie wynika ztąd, żebyśmy mieli zamiar odtąd wyłącznie używać téj oprawy; przeciwnie i nadal przeważnie zatrzymamy gazę Brunsa, ale w niektórych przypadkach, mianowicie tam, gdzie wystąpi karbolowe zatrucie, bez obawy zamienimy karbolową gazę na jutę chlorkiem zynku napojoną. Daléj wszędzie, gdzie dotychczas dla szczelniejszego zamknięcia oprawy po końcach używaliśmy salicylowéj juty, zastąpimy ją jutą chlorkiem zynku napojoną.

Z chorób przyrannych postrzegaliśmy tylko 2 przypadki posocznico-ropnicy *(Septopyohaemia)*; z tych pierwszy przypadek już zakażony do zakładu przyjęliśmy.

[1]) Patrz świeżo wydane „*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. VIII Congress.* i Sprawozdanie w Przeglądzie Lek.

[2]) W naszém sprawozdaniu podaliśmy tylko przyrządzanie gazy Brunsa z ekstraktu jego, jako głównie do celów wojennych przeznaczone, o których tam właśnie mówiono.

Silny mężczyzna od kilkunastu dni cierpiał na wąglik *(carbunculus)* ogromnych rozmiarów na karku. Mimo, że zaraz po przyjęciu szeroko i głęboko na krzyż nacięliśmy i 5% kwasem karbolowym wymyliśmy, gorączka aż do następnego dnia pozostała wysoką, a potém nastąpił zapad *(collapsus)* i chory na trzeci dzień rano umarł.

Drugi przypadek opiszemy w części szczegółowéj.

Róży ani błonicy w ranie ani razu nie widzieliśmy. Przypisujemy to ścisłemu przestrzeganiu sposobu przeciwgnilnego, oraz nadzwyczaj dobrym stosunkom higijenicznym naszego zakładu: mogliśmy niemal każdą z większych operacyj w osobnym pokoju umieścić, a nadto staraliśmy się zawsze po wyzdrowieniu operowanego kilka dni pokój przewietrzać. Mimo to nie możemy się poszczycić, wyznajemy otwarcie, zadziwiającemi wynikami klinik niektórych, gdzie rany nigdy nie ropieją, ani nawet nic nie wydzielają. W podróżach naszych naukowych przy zwiedzaniu rozmaitych klinik poznaliśmy, podobnie jak Billroth (*Chir. Klinik Wien* 1871—1876, pag. 33), co to znaczy *„Eiter kein Tropfen“* — *„Secret gleich Null.“* Dawniéj dziwiliśmy się, że pomimo ścisłego przestrzegania przepisów przeciwgnilnych, tam gdzie byliśmy, nigdzie tak świetnych wyników nie widzieliśmy, dziś pojmujemy znaczenie powyższych słów dokładnie.

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.
Choroby narządu oddechowego.
IV. Suchoty i gruźlica.

Opracował Dr. St. Ponikło,
Asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6.)

Zestawiając bez uprzedzenia przebieg kliniczny opisanego przypadku z wynikiem oględzin pośmiertnych spostrzegamy przedewszystkiém wielką zgodność objawów jelitowych przez niemal lat 2 trwających, podawanych przez chorego w wywiadach, ze zmianami jelit pośmiertnie wykazanemi, polegającemi na śladach anatomicznych ubiegłego zapalenia mieszkowego przewlekłego błony śluzowéj jelit. Przypady te stanowczo poprzedzały przez dłuższy przeciąg czasu przypady ze strony narządu oddychania. W każdym zaś przypadku długotrwałego nieżytu przewlekłego jelit, zwłaszcza téż połączonego z gnuśno przebiegającém zapaleniem mieszkowém, dana jest możebność następowego przeistoczenia serowatego gruczołów krezkowych. I względnie dość często napotykamy podobny obraz chorobowy u dzieci i w wieku chłopięcym, gdzie zrazu występują przypady żołądkowo-jelitowe, jak brak łaknienia, wymioty, biegunka; te zwolna wycieńczając ustrój chorego sprowadzają zanik tkanki tłuszczowéj i mięśni. W okresie tym udaje się dość często przez wychudłe powłoki brzuszne wymacać powiększone gruczoły chłonne krezkowe. Sprawa ta znana pod starém mianem *tabes mesaraica*, jeśli rychło nie pocznie się rozdzielać lecz się przewleka, pociąga za sobą w przeważnéj liczbie przypadków wynik śmiertelny bądź przez wycieńczenie chorego, bądź też przez dołączenie się zapalenia nieżytowego ostrego płuc lub gruźlicy. Przypadki podobne równie często można postrzegać przy łóżku chorego, jak stwierdzać na stole sekcyjnym. Gdzie zaś znachodzi się przeistoczenie serowate gruczołów chłonnych, tam są wszelkie warunki do powstania wedle obecnych naszych pojęć ogólnéj gruźlicy. Za taką kolejnością zmian chorobowych przemawia w naszym przypadku tak przebieg kliniczny jak wynik oględzin pośmiertnych. Pierwotną tedy zmianą chorobową było przewlekłe zapalenie mieszkowe jelita; to doprowadziło do obrzęku i następowego przeistoczenia serowatego gruczołów krezkowych, które z jednéj strony wywołało w kilku napadach występującą gruźlicę płuc i innych narządów, z drugiéj strony, oddziaływając na wytworzone już wrzody torebkowe jelita biodrowego przyczyniło się do rozwoju tychże w większe i głębsze owrzodzenia, które rychło powikłały się z gruźlicą i zamieniły na wrzody gruźlicze [1]). Zapalenie zaś dławcowe jelita należy uważać za tak zwaną sprawę końcową, która do istniejących już zmian chorobowych jelita, jako *in puncto minoris resistentiae*, się dołączyła.

4) Najczęstszém powikłaniem ze strony wątroby był naciek tłuszczowy téjże. Stwierdzono takowy w 9u przypadkach, zatém prawie w $1/3$ części wszystkich przypadków. Wątroba była w odnośnych przypadkach znacznie powiększona: stłumienie takowéj sięgało na 4—6 cm. poniżéj łuku żebrowego; na poprzek zlewało się w dwu przypadkach ze stłumieniem śledziony równocześnie powiększonéj.

Drugiém z kolei najczęstszém powikłaniem było zapalenie śródmiąższowe wątroby *(hepatitis interstitialis)* prowadzące do zaniku takowéj. Czy należy je uważać w odnośnych przypadkach jako powikłanie cierpienia płucnego, trudno w obec małéj stosunkowo liczby wszystkich przypadków na pewne orzec; innych momentów przyczynowych jednak do śródmiąższowego zapalenia wątroby nie wybadano. W jednym z tych przypadków wątroba była miernie powiększona i została zamienioną przy rozpoznaniu z wątrobą nacieklą tłuszczowo; w 3ch innych narząd był miernie pomniejszony, powierzchnia nierówna, ziarnista, miąższ zbity, twardy (jak w niższym stopniu 2go okresu marskości wątroby). Badanie drobnowidowe wykazało we wszystkich przypadkach rozrost i przerost tkanki łącznéj międzyzrazikowéj. Za życia nie uwydatniała się ta zmiana żadnemi objawami cechującemi: nie było w odnośnych przypadkach ani objawów zastoiny żółciowéj, ani miejscowéj puchliny brzusznéj lub innych objawów zastoiny w zakresie żyły bramnéj.

5) Obrzęk śledziony znaczniejszego stopnia wykazano w 8u przypadkach, zatém w 25% ogólnéj liczby. Dwa razy obrzęk polegał na zwyrodnieniu skrobiowatém.

6) Zmiany w narządzie moczowym. Zapalenie miąższowe nerek przewlekłe wykazano w 1ym przy-

---

[1]) Co do stosunku wrzodzików torebkowych *(ulcera follicularia)*, wynikłych z zapalenia gruczołów odosobnionych jelita, do wrzodów tak zwanych gruźliczych, to rzeczywiście bardzo często można śledzić histologicznie powolne przeistaczanie się wrzodzików torebkowych w typowe wrzody gruźlicze w różnych okresach. W niektórych przypadkach suchot płucnych powikłanie jelitowe ogranicza się do wyłącznéj obecności wrzodzików torebkowych, nic z gruźlicą nie mających wspólnego: w takich przypadkach można częstokroć badać zlewanie się dwu lub więcéj takich wrzodzików w jeden większy, które dopiero późniéj, zwłaszcza gdy już nastąpiło przeistoczenie serowate gruczołów chłonnych, poczynają powoli przybierać cechę gruźliczą przez wytwarzanie się w ich dnie i brzegach, tudzież na otrzewnéj odpowiadającéj dnu wrzodu gruzełków prosowatych, które odtąd dopiero zapadając się przyczynić się mogą do rozszerzania już poprzednio inną drogą rozwiniętych wrzodów.

padku. Puchlina była w odnośnym przypadku nieznaczną, dając się odnieść wyłącznie do cierpienia płuc; żadnych objawów zakażenia mocznikowego nie uważano. Mocz w ilości od 600—1000 cm. sześc. na dobę zawierał mierną ilość białka; w osadzie znaleziono liczne wałeczki szkliste i ziarniste, tudzież tak zwane „woskowe“ obok nieznacznéj ilości ciałek krwi czerwonych. W ogóle mało uwydatniały się objawy choroby Brighta, prócz zmian w moczu, pośród objawów cierpienia głównego.

Zmiany „gruźlicze“ nerek, które bezsprzecznie uznać należy za następowe po pierwotném cierpieniu płuc, wykazano w dwu przypadkach. Ograniczały się one w obu przypadkach do obecności małych gniazd serowatych, złożonych wśród miąższu istoty korowéj. Za życia nie dawały żadnych objawów: pojawienie się śladu białka w moczu w jednym z tych przypadków można było odnieść do gorączki wywołanéj cierpieniem płuc a i osad moczowy nic szczególniejszego nie wykazał, coby zwracało uwagę na schorzenie „gruźlicze“ nerek. To téż zmiana ta rozpoznaną nie została.

Na tém miejscu wspominamy pokrótce o dwu przypadkach tak zwanéj „gruźlicy“ narządu moczo-płciowego. Nazwę tę wprowadził Virchow [1]) tłumacząc odnośne zmiany anatomiczne rozwijaniem się drobnych prosowatych guzków, równorzędnych co do budowy gruzełkowi, które zlewając się z sobą w gromadki, tworzą większe nacieki przeistaczające się serowato. Wspomina jednak Virchow wyraźnie, że „gruźlica“ układu moczo-płciowego występuje przeważnie pierwotnie. Późniejsze badania histologiczne w tym kierunku czynione [2]) stwierdziły, iż zmiany te nie polegają na gruźlicy, lecz są w przeważnéj liczbie przypadków zupełnie równorzędne zmianom zapalno-serowatym płuc. Jak w miąższu płucnym często podstawą zmian późniejszych jest ognisko około-oskrzelowe (*peribronchitis)*, tak w jądrze, wedle tych badań, zwykłe zapalne ognisko, sadowiące się w tkance łącznéj pomiędzy ceweczkami nasiennemi (*perispermatophoritisches Knötchen)*, które z gruźlicą nic nie ma wspólnego, może wszelakoż pociągnąć za sobą gruźlicę tak jak ją często za sobą pociągają zmiany serowate płuc. Odpowiednio tym zapatrywaniom słuszniejszą nazwą byłoby „*phthisis tractus urogenitalis*“ niż „*tuberculosis*“. Sposób ten tłumaczenia zmian jest zgodny z przebiegiem klinicznym tego cierpienia, gdyż w przeważnéj ilości przypadków przypady ze strony narządu moczo-płciowego występują pierwotnie, kiedy badanie płuc nie wykazuje nic nieprawidłowego.

W obu naszych przypadkach najwcześniejsze objawy, przez chorych podawane, dotyczyły schorzenia przyjądrza i jądra, następnie układu moczowego, gdy objawy płucne dopiero w późniejszym okresie się dołączyły. W obu przypadkach wykazano guz przyjądrza i jądra, obrzęk gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych, wreszcie objawy nieżytu pęcherza i zmiany w moczu zwracające uwagę na schorzenie miedniczek nerkowych i samego miąższu nerkowego. Nadto wykazano równocześnie w obu przypadkach objawy zgęszczenia szczytów płucnych.

Obecność guza twardego jądra i przyjądrza wraz z wykazanym przez kiszkę stolcową obrzękiem gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych u osobnika wynędzniałego i okazującego zmiany przewlekłe w płucach można było uważać jedynie za zmiany gruźlicze.

Objawy nieżytu pęcherza, jak bolesność ponad spojeniem kości łonowych i częsta podnieta do oddawania moczu, obok tego jednak obecność większéj ilości białka niżby to ropie odpowiadało obok oddziaływania kwaśnego moczu — wszystko to zwracało uwagę na schorzenie miedniczek nerkowych, gdy obecność wałeczków Belliniego w osadzie moczowym świadczyła o zajęciu nerek. Wiedząc zaś, że zmiany „gruźlicze“ układu płciowego u mężczyzn zazwyczaj łączą się z takiemiż zmianami narządu moczowego, rozpoznano „gruźlicę“ narządu moczo-płciowego; kładziemy tu jednak nacisk na tę okoliczność, że badanie moczu samo przez się nic cechującego dla zmian gruźliczych nie wykazało.

W obu przypadkach wykazała sekcyja „gruźlicę“ przyjądrza, jądra, gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych, pęcherza moczowego, przewodów moczowych, miedniczki nerkowéj i samego miąższu nerkowego z następową gruźlicą prosowatą płuc; nadto dawniejsze ogniska serowate w szczytach płuc.

Jednakże ani badanie kliniczne ani oględziny pośmiertne nie dozwalają stanowczo rozstrzygnąć, gdzie zmiany chorobowe należy uważać za pierwotne; można je upatrywać zarówno w płucach jak w przyjądrzu i jądrze. Wywiady skłaniały więcéj do przyjęcia pierwotnego cierpienia jądra.

Tyle jednak na pewne orzec możemy, że ani przebieg kliniczny ani badanie pośmiertne nie sprzeciwiają się w naszych przypadkach przypuszczeniu pierwotnego cierpienia narządu moczo-płciowego.

Zwyrodnienie skrobiowate nerek stwierdzono w dwu przypadkach obok zwyrodnienia skrobiowatego śledziony.

7) W jednym przypadku wikłało cierpienie płuc zapalenie okostnéj drugiego żebra prawego z następowém powierzchowném obumarciem kości.

W dodatku do niniejszego sprawozdania przedstawiamy daty odnoszące się do suchót płucnych i gruźlicy z kliniki ruchoméj.

Liczba chorych na suchoty płucne wynosiła 460, na gruźlicę 5, co stanowi 1·6% wszystkich chorych, a 37·2% a więc przeszło ⅓ część wszystkich przypadków chorób narządu oddechowego [1]).

Co do suchót płucnych na 3 mężczyzn przypadała średnio jedna kobieta, który to stosunek nie odpowiadając średniemu stosunkowi płci u chorych w klinice ruchoméj, przemawia za częstszém pojawieniem się téj choroby u mężczyzn z klasy pracującéj.

Z pomiędzy 234 mężczyzn, gdzie zapisano dokładnie zatrudnienie chorych było: 35 wieśniaków, 28 młodzieży szkolnéj, 25 wyrobników, 17 kupców i kupczyków, 15 krawców, 13 szewców, 12 służących, 12 stolarzy, 10 nauczycieli, 6 wojskowych, 6 kamieniarzy, 5 ślusarzy, po 3 murarzy, cieśli, urzędników i zecerów, po 2 stróżów, krupników, rzeźników, pozłotników, litografów, obywateli wiejskich, maszy-

[1]) *Virchow, Krankhafte Geschwülste* II. str. 685.

[2]) *Gaule, Virchows Archiv.* 1877, str. 238. *Malassez. Notes sur le siége et la structure des granulations tuberculeuses du testicule w Archives de physiol. normale et path.* 1877.

[1]) W szpit. św. Łazarza od 1871—1875 r. chorzy na suchoty i gruźlicę stanowili 10·9% wszystkich chorych, a 37·7% chorych z chorobami narządu oddechowego, którato ostatnia liczba najzupełniéj odpowiada względnéj częstości tych chorób pomiędzy chorobami narządu oddechowego w klinice ruchoméj z następnych 4 lat. *Korczyński.*

nistów, i tapicerów. Pozostałych 18 chorych rozdziela się po jednemu między rozmaite rzemiosła.

Okres nacieku znaleziono u 141, okres rozpadu u 324 chorych[1]).

Zaledwie $^1/_8$ część odnosiła się do chorych między 10—20 r. życia, $^1/_4$ do chorych między 40—70 r. ż., resztę tj. 268 przyp. zajmowali chorzy między 20—40 r. ż. Z pośród téj liczby było 167 między 20—30 r. ż., 121 między 30—40 r. życia.

Największa ilość chorych zgłaszała się w Maju i Czerwcu najczęściéj prosząc o radę do przeprowadzenia tak zwanych kuracyj letnich, po największéj części zdrojowych.

Pośród 592 chorych w 219 przypadkach zajęte były obadwa płuca; w 90 przyp. płuco lewe, a w 83 przyp. płuco prawe.

Następowe zmiany w krtani stwierdzono w 15 przyp. (3%).

Z 5 przyp. gruźlicy płuc zasługuje na wzmiankę jeden przypadek, gdzie równocześnie znachodził się wrzód gruźliczy na języku i na więzadle głosowém i drugi przypadek, gdzie objawy mózgowe kazały się domyślać gruzełków na błonach mózgowych.

III. Leczenie wiewióra przewlekłego.

Napisał Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

(Rzecz czytana na posiedz. sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

Najczęściéj znajdujemy następujące zmiany: wypuklenie stożka jest znaczniejsze aniżeli w stanie prawidłowym, prążki szerszego odcinka stożka wyraźniejsze i grubsze, ściany przekrwione i skutkiem tego ciemniejszéj barwy i niepołyskujące, środkowa figura płytsza, jaśniejsza, bo bliżéj odcinka szerszego stożka ułożona. Odbicia świetlne są w tych przypadkach wyraźne, szersze niż w stanie zdrowym, niejednostajne, ale często ciemniejszemi przestworami poprzerywane. Grünfeld nadaje tym zmianom nazwę zapalenia zwykłego (*Urethritis simplex*) dodając, że opisane zmiany bywają niekiedy tak nieznaczne i tak zbliżone do stanu prawidłowego, iż wprawa i doświadczenie decydują, że stan jest jeszcze chorobowym. Ponieważ we dwóch pierwszych rodzajach zmian, jakie podał Tarnowsky, znajdujemy właśnie obraz powyżéj podany, zaliczamy więc je do zapalenia zwykłego. Zwykłe zapalenie zajmuje albo ograniczoną część błony śluzowéj cewki, albo jest rozlane i zajmuje szerszą przestrzeń, albo wreszcie znajduje się w kilku miejscach; jeżeli siedzibą jego jest część błoniasta lub przyprątna, natenczas spostrzeżemy krwawienie błony śluzowéj, które nie łatwo utamować chwilowo, i które utrudnia rozpatrzenie się w szczegółach.

Przez zapalenie granulacyjne rozumie Grünfeld stan następujący: Po wymaczaniu ropy, któréj ilość bywa najczęściéj niewielką, widzimy nieznaczne wypuklenie stożka, które przesuwaniem endoskopu ani się powiększa, ani zmniejsza; fałdów podłużnych odpowiadających prążkom cewki znajdujemy znacznie mniéj, ściany są gładkie i ciemniéj zabarwione. Środkowa figura bywa w tych razach nieregularną lub owalną, nie tworzy linii i jest jaśniejszą, a odcienia świetlne poprzerywane punktami silniéj odbijającemi światło; przy bliższém przypatrzeniu się spostrzegamy, że punkta te są drobnemi wyniosłościami (granulacyjami), pomiędzy któremi widzimy nieznaczne zagłębienia. Wyciągnąwszy nieco endoskop stwierdzamy, że w miejscu, gdzie się otwór cewkowy przed chwilą znajdował, jest mały rowek, względnie zagłębienie, powstałe z powodu ucisku, które nie tak rażno znika, jak przy ostrzejszych postaciach zapalenia. Ta forma zapalenia najczęściéj bywa ograniczoną do jednéj części błony śluzowéj cewki, a tą częścią w przeważnéj ilości przypadków bywa część opuszkowa cewki i zajmuje cały obwód cewki lub tylko pewną jéj część. Podany opis odpowiada tym zmianom, które Tarnowsky znajdował w zapaleniu granulacyjném i brodawkowatém, a które Desormeaux pierwszy opisał jako zapalenie granulacyjne.

W zapaleniu liszajowém nie znajduje Grünfeld zmian ani stożka, ani środkowéj figury, ale najczęściéj blisko ujścia zewnętrznego cewki mały wrzodzik lub pęcherzyk, barwą wyróżniający się od otoczenia, a który bardzo jest podobny do pęcherzyka liszajowego, jaki często na napletku lub żołędzi znajdujemy. Auspitz nie przyjmuje téj formy, upatrując opisaną zmianę w zajęciu gruczołu Morgagniego. Przy takiém zajęciu wstrzykiwania do cewki podtrzymują trypra, który miesiącami trwa, a który przy odpowiedniém leczeniu miejscowém przy pomocy endoskopu bardzo szybko zwykł ustępować. Nie potrzebuję, zdaje mi się, dodawać, że *Urethritis phlyctänulosa* Tarnowskyego i Desormeauxa odpowiada opisanéj postaci.

Wreszcie zapalenie cewki z owrzodzeniami uważa Grünfeld jako następstwo liszaja, wrzodów szankrowych, które jak wiadomo niekiedy przy ujściu zewnętrzném cewki się znajdują, lub nakoniec jako następstwo zapalenia granulacyjnego.

Powyżéj wspomniałem, że podzielam zdanie Auspitza, iż opisane postaci są rozmaitemi stadyjami jednego i tego samego cierpienia, a teraz będę się starał to uzasadnić. Już Tarnowsky zauważył, że istnieją przejściowe formy, które nie dały się podporządkować pod jego typy chorobowe, a rozbiór zmian, jakie w rozmaitych postaciach znajdujemy, wykaże, że te typy chorobowe są również formami przejściowemi. Aby nie rozwlekać przedmiotu podam, jakie zmiany stwierdzałem przy badaniach endoskopijnych. Niewątpliwie najczęściéj napotykałem obrazy opisane przez Grünfelda jako zapalenie zwykłe. Odwołując się do podanego opisu, rozbiorę jego znamiona. Otóż wypuklenie stożka ku otworowi cewkowemu endoskopu jest dowodem obrzmienia, silniejsze zaczerwienienie ścian wskazuje, że istnieje przekrwienie, zmiana w postaci figury środkowéj, która jest w kształcie linii krótszéj niż w stanie prawidłowym, również dowodzi obrzmienia, jaśniejsza zaś smuga jéj stwierdza, że środkowa figura jest zbliżoną do szerszego odcinku stożka, co jest także następstwem obrzmienia, nakoniec grubsze prążki odbicia świetlnego, które są szersze i rozlane, uważać należy jako następstwo obrzmienia. Poprzednio wspominałem, że w zapaleniu oprócz przekrwienia, którego stopień bywa różny, istnieje naciek złożony z komórek znajdujących się w saméj błonie śluzowéj lub jéj tkaninie podśluzowéj. Jeżeli one zamiast rozpadać się przeobrażą się częściowo w tkaninę łączną, wówczas wytworzona tkanina, jakoteż naciek

---

[1]) W szpitalu św. Łazarza w okresie czasu od 1871—1875 roku śmiertelność z suchot i gruźlicy wynosiła 49·1% ogólnéj liczby chorych z chorobami temi zgłaszających się, co tak samo jak powyższe liczby z kliniki ruchoméj z następnych lat 4 dowodzi, że chorzy nasi szukają pomocy lekarskiéj zazwyczaj dopiero w późnym okresie choroby. *Korczyński.*

komórkowy, utrudni krążenie krwi, a przez to w nierozwiniętych miejscach naczyńka lekko wypuklają błonę śluzową. Endoskop w takim razie wykaże mniéj lub więcéj wyraźne wypuklenie stożka, zależne od ilości wytworzonéj tkanki łącznej i istniejącego nacieku komórkowego; ściany będą ciemniéj zabarwione skutkiem utrudnionego krążenia, a na nich spostrzeżemy liczne drobniuchne wyniosłości brodawkowate, postacią zbliżone do wyrostków szyszkowin śpiczastych. Przez nie powierzchnia błony śluzowéj jest jakby najeżona, co najłatwiéj stwierdzimy, wstawiając jednę ścianę błony śluzowéj w otwór cewkowy. Powierzchnia najeżona jest przyczyną, że odbicia świetlne są zamazane i szersze, a od stanu obrzmienia zależeó będzie postać środkowéj figury, która stanowić może krótszą liniję, półksiężyc lub owal. Im więcéj naciek komórkowy przeobrażać się będzie w tkaninę łączną, tém więcéj utrudnione będzie krążenie i odżywienie błony śluzowéj, a w następstwie zmienią się znamiona obrazów endoskopijnych. Wypuklenie stożka będzie się utrzymywało, gdy błona śluzowa nie przeobraziła się zupełnie w tkaninę łączną; zabarwienie ścian stożka będzie zależne od napełnienia krwią naczyń; środkowa figura nie będzie tworzyła linii prostéj, a odbicia świetlne będą niejednostajne, poprzerywane jaśniejszemi punktami, które na wypukleniu najwyraźniej się przedstawią, podczas gdy prążkowanie cewki będzie albo zupełnie niewidoczne, albo bardzo niewyraźne. Jasne punkta są to granulacyje opisane przez Desormeauxa, Tarnowskyego, Grünfelda i Auspitza, które ostatni obrzmieniem ziarnowém (*körnige Schwellung*) nazywa. Jeżeli siedzibą tych zmian jest błona śluzowa blisko ujścia zewnętrznego cewki, w takim razie zamiast granulacyj znajdziemy szyszkowiny stożkowate, powstałe z przerostu brodawek, które tylko w téj części się znajdują; jeżeli zaś najwięcéj tkanki łącznéj wytworzy się około gruczołów, wypuklą się takowe i utworzą torbiele i polipy, które opisuje Tarnowsky, a które dla tego przy sekcyjach najczęściéj w okolicy przyprątnéj i szyjki pęcherza znajdujemy, ponieważ ta część cewki najobfitszą jest w gruczoły. Miejscowe nagromadzenie przybłonka w większéj ilości wytwarza białe plamy, jakie opisał Schwimmer na błonie śluzowéj jamy ustnéj, a utrata przybłonka, w jakikolwiek ona sposób nastąpi, będzie powodem powierzchownych owrzodzeń. Czém jednak są granulacyje i jakie jest ich znaczenie? Desormeaux, jak wspomniałem, przypisywał je tylko zaraźliwemu wiewiórowi i twierdził, że bezpośredniém następstwem granulacyj, gdy one przeobrażają się, są zwężenia bliznowate. Przypuszczał on, że granulacyje rozpadając się tworzą owrzodzenia a te gojąc się za pomocą wytworzonéj tkaniny bliznowatéj, wytwarzają zwężenia. Nie ulega wątpliwości, że w obrębie zapaleń granulacyjnych istnieją niekiedy owrzodzenia, ale czy one powstają z rozpadu granulacyj, tego nikt nie stwierdził, a rozległych owrzodzeń przy granulacyjach nigdy nie widzimy. To przemawia na niekorzyść przypuszczenia Desormeauxa, jakoby zwężenia były następstwem wrzodziejących granulacyj, które jak poprzednio wykazałem, nie są wyłączną właściwością tryprów zaraźliwych. Powstanie granulacyj przypisuje Tarnowsky brodawkom błony śluzowéj, a Auspitz słusznie twierdzi, że to tłumaczenie nie jest prawdopodobném, albowiem w tych miejscach, w których zapalenie granulacyjne najczęściéj się spostrzega, brakuje zupełnie brodawek w stanie prawidłowym. Podzielający zdanie Virchowa co do istoty granulomów twierdzą, że one są wyrostkami z utkania naczyniowego, które się wytwarzają z komórek tkanki łącznéj. Nowotwory te wypuklając błonę śluzową cewki, tworzą owe wybujałości, właściwe zapaleniu granulacyjnemu, które zamieniają się w zwężenie, gdy miejsce wessanych nowotworów zajmie tkanka łączna. Słusznie mówi Auspitz, że i to tłumaczenie nie jest prawdziwém, albowiem nigdy po śmierci nie znajdujemy tych nowotworów, które musiałyby być widoczne, gdyby granulacyje były prawdziwemi nowotworami. Powstawanie granulacyj więc tłumaczy inaczéj Auspitz, a mianowicie przypuszcza, że obrzmienie błony śluzowéj samo tworzy ziarnowatą powierzchnię. Obrzmienie bowiem nie dotyka w równéj mierze wszystkich warstw błony śluzowéj, i podczas gdy tkanka łączna i włókna elastyczne najmniéj obrzmiewają, brzękną silnie inne utkania, a przez to powstają granulacyje, które dla tego właśnie radzi nazywać obrzmieniem ziarnowatém. Tłumaczenie Auspitza jakkolwiek prawdopodobniejsze, niż wszystkie dotychczasowe, wydaje mi się nieprawdziwém, jak zaraz będę się starał wykazać. Opisując zjawiska patologiczne, towarzyszące tryprowi, przypomniałem, że oprócz przekrwienia znajdujemy naciek komórkowy w utkaniu samej błony śluzowéj, i że komórki te mogą się przeobrażać w tkaninę łączną. Już samo nagromadzenie komórek niekorzystnie wpływa na naczynia, które jak sądzę mogą być naciekiem komórkowym uciśnięte. Jeżeli z komórek wytworzy się tkanka łączna, to takowa silniéj uciśnie naczynia krwionośne, niż same komórki. Krew wypchana z miejsc ucisku musi szukać dla siebie pomieszczenia, a to znajduje przedewszystkiém na powierzchni błony śluzowéj i w miejscach wolnych od ucisku. Rezultatem więc tego ucisku będą nierówności drobne, które sprawiają najeżenie błony śluzowéj (*Ureth. pappilaris*), gdy ucisk jest nieznaczny, a w miarę wzrostu ucisku, czyli co jedno i to samo znaczy, w miarę przybywania tkanki łącznéj, miejsca wypuklające się będą wydatniejsze. Miejsca te leżąc wyżéj, aniżeli powierzchnia błony śluzowéj, są silniéj oświetlone, a zagłębienia niżéj leżące będą ciemniejsze, przez co powierzchnia będzie ziarnowatą. Dodajmy do tego, że najwyraźniej występują te wyniosłości na szerszym i wypuklonym odcinku stożka, gdzie ucisk jest najmniejszy, a że przy horyzontalnym kierunku endoskopu na ścianach cewki albo ich zupełnie nie widzimy, albo są znacznie mniejsze, podczas gdy wyraźniéj się zarysują, jeżeli ku ścianie cewki endoskop zwrócimy, a zdaje mi się, że powstawanie granulacyj w ten sposób będzie możliwém i prawdopodobném. Fakt, że granulacyje po śmierci nie są widoczne, potwierdzałby powyższy sposób powstawania granulacyj, a mikroskopowe badania, sądzę, mogłyby rozstrzygnąć, czyli moje tłumaczenie jest błędne. Że tłumaczenie to jest prawdopodobne, potwierdza następujący eksperyment, który niejednokrotnie powtarzałem. Wsunąwszy endoskop poza miejsce zapaleniem granulacyjnem zajęte, zalapisowałem silniejszym rozczynem azotanu srebra błonę śluzową mniéj więcéj prawidłową. Wysuszywszy dokładnie miejsce zalapisowane i wymaczawszy płyn, wyciągałem endoskop do miejsca chorobą zajętego i stwierdzałem, że objawy albo zupełnie znikały, albo przynajmniej tak dalece malały, że pierwotny obraz kompletnie się zmieniał. Jeżeli powierzchnia cewki była najeżoną, lub nie zbyt wielkiemi granulacyjami pokrytą, obraz chorobowy zupełnie znikał, a cewka przedstawiała obraz prawidłowy; jeżeli zaś granulacyje były bardzo wyraźne przed lapisowaniem, stawały się bardzo nieznaczne po zastósowaniu lapisu. Gdyby granulacyje były nowotworami, jak przypuszcza Virchow, nie powinny się zmieniać przy

tym eksperymencie, jak również i w takim razie, gdyby one powstawały skutkiem rozmaitego stopnia obrzęku składowych części błony śluzowéj; działanie lapisu bowiem tłumaczyć należy powiększonym uciskiem na naczynia tej części, na któréj rozczyn zastósowano. Uciśnięte naczynia strupem lapisowym jeszcze mniéj krwi dopuszczą do wypukleń, które skutkiem tego maleją lub zupełnie znikają. Eksperyment powyższy nasunął mi przytoczone tłumaczenie, które polecam kolegom do stwierdzenia, a względnie obalenia mego przypuszczenia, jeśliby ono okazało się fałszywém. Teraz łatwo wytłumaczymy sobie rozmaitego rodzaju zwężenia. Przez zwężenie rozumiemy zmniejszenie rozmiarów obwodu cewki, które może, powinno i musi nastąpić przy ostrém zapaleniu cewki; w tym razie przy zewnętrznym ujściu cewki wzrokiem go stwierdzić możemy i jest ono zależne przedewszystkiém od obrzmienia i przekrwienia błony śluzowéj; przy przewlekłém zapaleniu musi być cewka również zwężoną, gdy objawy obrzmienia i nacieczenia komórkowego są znaczne. Jeżeli błona śluzowa cewki będzie najeżoną lub granulacyjami zasianą, rozmiary cewki zmaleją, a jeżeli skutkiem przewlekłego zapalenia wytworzy się tkanka bliznowata, rozmiary cewki mogą być do minimum zredukowane. Mając tylko trypra na uwadze jako przyczynę zwężeń, możemy podzielić przyczyny zwężeń na dwa rodzaje: zapalne czyli przejściowe i stałe, w pierwszym razie będą one podajne, a w drugim niepodajne, zwane organicznemi. Zachodzi teraz pytanie, czy endoskopem można odkryć zmiany, któreby potwierdzały ten sposób powstawania zwężeń. Nie będę szczegółowo opisywał przypadków chorobowych, w których endoskopem stwierdziłem takie zmiany, bo kazuistykę chciałbym innym razem ogłosić, wspomnę tylko, że bardzo pouczający przypadek miałem sposobność widzieć w więziennym szpitalu, do którego miewam wstęp zawdzięczając go niezwykłéj uprzejmości lekarzy ordynujących. W wspomnianym przypadku miał chory zwężenie przy końcu części gąbczastéj, przez które cienkiemi sondami przejść można było. Wsunąwszy endoskop do samego zwężenia spostrzeżono następujący obraz: środkowa figura była zupełnie niewidoczna i tylko dorozumieć się można było, gdzie jéj szukać należy; do otworu cewkowego endoskopu wypukłał się częściowo stożek, który utworzony był przeważnie przez górną i boczną, a mianowicie lewą ścianę cewki; na tym odcinku można było postrzedz granulacyje, któremi cała powierzchnia wypuklenia była obficie zasianą; zabarwienie ściany było ciemnoczerwone, a ściana wypuklona tworzyła kąt rozwarty, do którego przytykała prawa ściana cewki, głębiéj ułożona, aniżeli ściana wypuklona. Prawa ściana nie tworzyła żadnego wypuklenia, ale przytykała do końca cewkowego endoskopu, tworząc rozciągniętą na nim błonę; zabarwienie téj części było bardzo blade, prawie bez odcienia czerwoności, jaką błony śluzowe przedstawiają, a powierzchnia jéj była zupełnie gładka. Przy wyciąganiu endoskopu wypuklona lewa ściana zmniejszała się, wypychana wstawiającą się ścianą prawą, a wreszcie obraz zupełnie się zmienił, przedstawiając na całym obwodzie błony śluzowéj zmiany, jakie przy granulacyjném zapaleniu opisaliśmy. Teraz zdaje mi się, mamy prawo powiedzieć kilka słów o wartości endoskopu w ogólności. On oddaje nam wielkie usługi, nim stwierdzamy za życia zmiany, jakim błona śluzowa podczas istnienia przewlekłego wiewióra ulega, a których sekcyje nigdy nie dostarczyłyby. Dla stwierdzenia patologicznych zmian i rozpoznania szczegółowego choroby endoskop jest niezbędny, a wyniki badań endoskopijnych bardzo ważne. Wprawdzie endoskop nie wykrywa, dla czego w niektórych tylko przypadkach wiewiór się przewleka, a w niektórych prędko się kończy; nie dostarcza on dalszych przyczyn przewlekania się choroby, sądzę jednak, że i pod tym względem odda on niemałe usługi, gdy kazuistykę skrzętnie zbierać będziemy, która w końcu może odkryć przyczyny, których obecnie w rozmaitego rodzaju zakażeniach i chorobach się domyślamy. Po tém, co dotąd przytoczyłem, nie potrzebuję zapewniać, że terapii oddaje endoskop wielkie usługi i że leczenie przy pomocy endoskopu przewyższa wszystkie przytoczone sposoby miejscowego leczenia, które w pierwszéj części rozprawki rozbieraliśmy.

Znajomość dokładna zmian towarzyszących przewlekłemu wiewiórowi i możliwość oznaczenia ich siedziby bardzo ułatwia leczenie. Wskazania lecznicze mamy dwojakie: albo należy używać środków ściągających, gdy rozpulchnienie błony śluzowéj przeważa, czyli w pierwotnych stadyjach choroby, albo posługujemy się środkami drażniącemi błonę śluzową, które ułatwiają rozpad nacieku komórkowego i umożliwiają jego wessanie. Jeżeli w następstwie długiego trwania choroby wytwarza się zwężenie, wówczas pierwszym obowiązkiem jest niedopuścić do znacznego ściągnięcia się wytwarzającéj się tkaniny bliznowatéj, czemu czynimy zadość wprowadzając sondy odpowiedniéj grubości. A ponieważ obok zwężenia zawsze znajdujemy objawy przewlekłego wiewióra, musimy równocześnie używać odpowiednich środków ściągających lub drażniących, gdy przystęp do miejsca chorobowego uzyskaliśmy rozszerzywszy zwężenie. Najdzielniejszym środkiem ściągającym jest azotan srebra, a mianowicie jego słabsze rozczyny jak 2:100,3:100,4:100, które prawie nigdy nie sprawiają bólu a tém mniéj wytwarzają zwężenie, albowiem ich działanie jest bardzo powierzchowne. Wytworzony strupek z górnych warstw przybłonka uciska naczynia krwionośne i ściąga błonę śluzową, a przezto umniejsza przekrwienie i rozpulchnienie. Silniejsze rozczyny lapisowe działają nie tylko ściągająco, ale równocześnie drażnią błonę śluzową, a przezto ułatwiają rozpad nacieków komórkowych. Najsilniejszym rozczynem, jakiego z pożytkiem używałem był 1:8, który chorzy jeszcze dobrze znoszą; do silniejszych nie uciekałem się raz dla tego, że słabszemi dopinałem celu, a powtóre dla tego, że przy użyciu ich powstaje stósunkowo dość silny ból, a w jednym przypadku, w którym zastósowałem rozczyn 1:3, powstało zapalenie przyjądrza. Należałoby się spodziewać, że energiczne leczenie trypra powinno często wywoływać komplikacyje ze strony gruczołu przyprątnego, pęcherza, lub wreszcie przyjądrzy: tymczasem doświadczenie stwierdza, że one należą do najrzadszych zdarzeń. Odwołując się do własnego doświadczenia, spostrzegałem tylko w dwóch przypadkach zapalenie przyjądrzy, a mianowicie w powyżéj wspomnianym i u chorego, który w godzinę po zabiegu terapeutycznym 5 mil zwykłym wozem jechał. Rzadkość komplikacyj sądzę należy temu przypisać, że przestrzeń, na którą stósujemy środki, bywa bardzo ograniczoną. Oprócz silnych rozczynów azotanu srebra, zalecają autorowie siarkan miedzi w rozpuszczeniu, którego działanie jest przeważnie drażniące, i maści z białego merkuryjusza (*Mer. praecip. albi 1:20*). W przypadkach granulacyjnego zapalenia, jakoteż w tych przypadkach zwykłego zapalenia, w których przez dłuższy czas używano rozczynów lapisowych, z pomyślnym skutkiem używałem następującego rozczynu: *Kali hydrojodici 1·0, Jodii*

puri 0·2 Glycerini 20·00, który Grünfeld w powyższych przypadkach zaleca. Do zastósowania środków leczniczych służą pędzelki, które bardzo dobrze zastąpić możemy tamponikami z waty, przytrzymując je odpowiedniemi przyrządami.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

W. Jenner. O leczeniu duru brzusznego.

Sprawozdanie Dra Ponikły.

W chorobie tak wielokształtnéj i skomplikowanéj jak dur brzuszny, na któréj przebieg i przypady tak wielce wpływa nietylko wiek i obecny stan ustroju chorego, lecz i inne rozliczne warunki, towarzyszące cierpieniu lub takowe poprzedzające w okresie wylęgania, zachowanie się chorego i zastósowany w pierwszych dniach sposób leczenia, trudno prawie znaleść dwa przypadki identyczne we wszystkich szczegółach a ztąd prawie niepodobna zebrać dostateczną liczbę przypadków, z którejby można na podstawie statystycznéj wywnioskować najkorzystniejszy sposób leczenia w różnych formach choroby i takowy umiejętnie uzasadnić. Każdy z przypadów, jak gorączka, częstość tętna, biegunka, może być w różnych przypadkach wynikiem zupełnie odmiennych spraw chorobowych, tak iż w obecnym stanie nauki lekarz jedynie z własnego doświadczenia może zaczerpnąć wskazówek racyjonalnego leczenia duru brzusznego, czyli ściśléj się wyrażając, pojedynczych przypadów tegoż.

Jenner w swéj rozprawie podaje wiele cennych uwag i wskazówek rzucających światło na wiele spornych lub ciemnych punktów w symptomatologii i terapii duru brzusznego, które têm więcéj nabierają praktycznéj wartości, o ile oparte są na długoletniém doświadczeniu wytrawnego i wielbionego w swym kraju praktyka.

Nasamprzód zwraca autor uwagę na rozliczne błędy jakich chorzy durowi w początkach choroby często się dopuszczają a które częstokroć groźnie mszczą się w dalszym przebiegu, jak n. p. nierzadko usiłują tacy chorzy odeprzeć początkowe uczucie osłabienia przez używanie nadmiernego ruchu, podjęcie wysilającéj przechadzki, lub téż, przypisując lekki ból głowy, niedogodę ogólną, upośledzone łaknienie przemijającemu i nieznacznemu cierpieniu żołądka lub jelit, sami sobie ordynują silny środek przeczyszczający lub wreszcie wychodząc z przekonania, że najlepszym środkiem wzmacniającym jest dobre odżywienie, obciążają żołądek pokarmami, których nadwątlone siły trawienia pokonać nie zdołają lub używają środków podniecających, potęgujących stan gorączkowy i upośledzających czynności narządów wydzielniczych, przypłacając nieraz życiem przewinienia wynikłe z własnéj nieświadomości.

Koniecznym środkiem badawczym w tym okresie jest ciepłomierz: jak skoro wykazaném zostało przez mierzenie ciepłoty chociażby tylko prawdopodobieństwo, że owe nieokreślone i pozornie błahe przypady zależą od duru brzusznego, taki chory ma bezwzględnie pozostawać w łóżku pod ścisłym dozorem lekarskim; autor ostrzega najwyraźniéj, aby takich chorych pod żadnym warunkiem nie przewozić, lecz pozostawić w dotychczasowém miejscu pobytu. W przypadkach, gdzie w samym początku nieokreślonego zrazu cierpienia chorych przewożono bądźto końmi bądź koleją żelazną, tenże uważał prawie stale ciężki przebieg i niestosunkowo wysoki odsetek śmiertelności.

Daléj nalega autor, aby dyjeta od początku ograniczała się do podawania pokarmów płynnych i przeważnie skrobiowatych, nadto poleca spożywanie soków z jarzyn i owoców w miernéj ilości ostrzegając przed używaniem owoców gotowanych, jak kompotów i t. p., jako zawierających między innemi drażniące przewód pokarmowy części drzewnika. Jednym z punktów wysokiéj praktycznéj doniosłości są uwagi autora co do używania mleka jako pokarmu w durze brzusznym: sądzi on, iż bezwzględne i szablonowe używanie tego pokarmu w znaczniejszych ilościach jest wprost szkodliwe, albowiem mleko musi przejść przed strawieniem w stan stały, tworzy przy spożyciu nieco większéj ilości skrzepy sernika, które w obec upośledzonych gorączką sił trawienia mogą wielce przyczyniać się do pogorszenia stanu ogólnego chorego. Widział niejednokrotnie chorych, którzy byli karmieni mlekiem, niespokojnych, bezsennych, z ciepłotą niestosunkowo podwyższoną, którzy wydaliwszy wymiotami skrzepłe mleko doznali bezpośrednio znacznéj ulgi i obniżenia gorączki. Lub téż może się niestrawiony sernik nagromadzić w jelitach cienkich i sprawić rozdęcie gazami i kolkę (ustępującą często po zastósowaniu klejkiéj lewatywy) albo wreszcie podtrzymywać lub potęgować wyniszczającą chorego biegunkę.

Choremu na dur brzuszny winno być dozwolone używać dowolnéj ilości wody, która w każdym razie dostawszy się w znaczniejszéj ilości do ustroju działa podniecająco na narządy wydzielnicze jak nerki, płuca i powłoki ogólne; jeśli zaś zachodzi prawdopodobieństwo, że choroba udzieloną została takiemu choremu za pośrednictwem wody czerpanéj w miejscu zamieszkania chorego, wtedy poleca autor wodę w mowie będącą poprzednio przegotować.

Ból głowy i bezsenność są najprzykrzejszemi przypadami w pierwszych dziesięciu dniach duru brzusznego. Za jedyny skuteczny środek przeciw bólowi głowy uważa autor okłady zimne, spokój i zaciemnienie pokoju. Również bezsenność, jeżeli zależała od podniesionéj ciepłoty, najpewniéj usuwał za pomocą letniéj kąpieli lub zmywań. Autor stanowczo potępia podawanie w tym celu makowca, choćby w najmniejszych dawkach, jako leku nadwątlającego trawienie i czynności wydzielnicze, natomiast radzi w przypadkach uporczywego bólu głowy i bezsenności podawać bromek potasu i chloral lub połączenie obojga. Jednak w późniejszych okresach cierpienia uważa wszystkie te środki za przeciwwskazane.

Przyczyny nadmiernéj biegunki mogą być bardzo rozmaite, jak np. błąd w dyjecie, używanie pokarmów stałych, nadużywanie mleka, znaczniejsze wikłające zapalenie nieżytowe jelita itp.

W celu wyświecenia przyczyny nalega autor na ścisłe badanie stolca: nie raz wystarczyło mu obejrzeć stolce i wykryć skrzepy sernika niestrawionego w nim znajdujące się jako przyczynę nadmiernéj biegunki. Jeżeli stolce oddziaływały silnie zasadowo, widział dobre skutki po podawaniu na wewnątrz rozcieńczonego kwasu siarkowego; jeśli zaś były nazbyt rozłożone i cuchnące, stósował z korzyścią lewatywy klejkie z dodatkiem sproszkowanego węgla zwierzęcego, który środek przeciwgnilny uważa w tych razach za wyższy od wszelkich innych. Jeżeli wreszcie stolce są tylko za częste a zresztą prawidłowe, zaleca stosować klejkie lewatywy

z dodatkiem kilku kropel nastoju makowcowego, ostrzegając przed podawaniem tego środka wewnętrznie.

W przypadkach zaś zaparcia stolca, które czasami mimo obecności rozległych owrzodzeń trwa uporczywie, poleca autor stosowanie kilkakrotne małych lewatyw klejkich, uważając podawanie wewnętrzne wszelkich leków przeczyszczających za przeciwwskazane. Sądzi on, iż stosunkowo częstą przyczyną zaparcia stolca w durze brzusznym bywa obecność głębokiego, acz niekoniecznie rozległego, owrzodzenia jelita biodrowego, działającego przez drażnienie otrzewnéj porażennie na ruch robaczkowy jelita biodrowego. Okoliczność ta wielkiéj pod względem praktycznym wagi każe zaniechać używania silniejszych czyśców, wzniecających ruch robaczkowy, jako mogących wywołać przedziurawienie jelita.

Przeciw bębnicy, przypadowi groźnemu ze względu na duszność, wywołaną przez wysokie ustawienie przepony i usposobianie płuc do powstawania zapaleń opadowych, używał Jenner z pomyślnym skutkiem lewatyw z dodatkiem drobno sproszkowanego węgla zwierzęcego, jako środka przeciwgnilnego. W kilku przypadkach, gdzie powodem uporczywéj bębnicy było nadmierne rozdęcie gazami i następowe porażenie kiszki grubéj, wystarczyło wprowadzić zgłębnik kauczukowy do kiszki stolcowéj, aby znieść ten stan chorobowy.

W celu zniesienia bolesności brzucha tudzież tkliwości okolicy śledziony obrzękłéj nie umie Jenner podać środka dzielniejszego nad okłady ciepłe i kataplazmy, po których bardzo często znakomitą ulgę osiągał.

Rozległe doświadczenie pouczyło autora, że kąpiele chłodne i zimne, tak często w nowszych czasach w Niemczech używane ku obniżeniu stanu gorączkowego, zadania swego nie wypełniają; bezpośrednie obniżenie ciepłoty wprawdzie każdorazowo występowało po zastósowaniu kąpieli, lecz zawsze było tylko krótkotrwałém i ten sam skutek zdołał autor osiągnąć przez zmywania zimne, postępowanie o wiele łagodniejsze. Dlatego radzi uciekać się do kąpieli zimnych dopiero wtedy, kiedy ciepłota przewyższa 40·5° C.

Z leków przeciwgorączkowych, wewnętrznie podawanych, najlepsze skutki lecznicze widział po podawaniu wyskoku w większych dawkach, który zwłaszcza w gorączce połączonéj z tętnem małém, nadmiernie częstém, gdzie równocześnie środki podniecające były wskazane, znaczne oddawał usługi. Innym lekom przeciwgorączkowym, jak chinin, salicyn, kwas salicylowy i salicylan sodowy chwilową tylko i małą skuteczność przypisuje. Podawał wyskok w dawkach od 150—300·00 wódki silnéj, *pro die*, co odpowiada ilości od 75·00 do 150·00 wyskoku bezwodnego. Również przypisuje Jenner wyskokowi potężny wpływ korzystny na zajęcie sensoryjum w durze brzusznym.

Godném zastanowienia jest zdanie autora, że majaczenia i omamy w przebiegu duru pojawiające się nigdy nie są połączone z bólem głowy: „majaczenia mogą dosięgać wysokiego stopnia, ból głowy w swym czasie może być bardzo znaczny w przebiegu duru, jednak stale ustępuje natychmiast z wystąpieniem majaczeń. Jeżeli chory majaczący żali się na ból głowy, z wielkiém prawdopodobieństwem wnioskować można, że albo zachodzi w danym przypadku pomyłka rozpoznawcza, albo rozwija się rzadkie wielce powikłanie duru t. j. zapalenie opon mózgowych“. Innym ciekawym punktem w rozprawie autora jest związek genetyczny, jaki tenże przypisuje obecności głębokich, blisko otrzewnéj sięgających, lub już na takowéj zmiany anatomiczne wywołujących owrzodzeń jelitowych z drżeniem języka i odnóg.

Jenner czuje się upoważnionym uznać wyskok za środek niezbędny w leczeniu duru brzusznego. W przypadkach racyjonalnie obranych widział po jego użyciu nietylko obniżenie ciepłoty, lecz zarazem wzmożenie siły i napięcia tętna obok równoczesnego zmniejszenia częstości tegoż; nadto środek ten uśmierzał majaczenia i niejednokrotnie działał wybornie jako środek nasenny. Ostrzega jednak przed podawaniem wyskoku w pierwszych dniach choroby w zamiarze odparcia naprzód osłabienia następowego i mogącego wystąpić zapadu, lecz uważa go za wskazany dopiero wtedy, gdy groźność pojedyńczych przypadów i zachowanie się ogólnego stanu dadzą odnośne wskazania.

Przy podawaniu wyskoku uważa za konieczne baczyć pilnie na wszelkie zmiany i wahania ciepłoty tudzież częstości i jakości tętna. Jedynie w przypadkach krwotoków jelitowych lub wikłającego zapalenia nerek widzi słuszne przeciwwskazanie do używania wyskoku. Co do dawki, sądzi iż podawanie od 150·00 do 200·00 wódki silnéj powinno w każdym przypadku wystarczyć: używanie za wielkich dawek wywoływało skutki wprost przeciwne: wzmagało suchość języka, powiększało majaczenie i sprawiało bezsenność.

Pod koniec rozprawy wyraża autor na podstawie długoletniego doświadczenia godne uwagi zdanie, iż leczenie duru brzusznego winno być *par excellence* przypadowe, że ten osięgnie najpomyślniejsze wyniki w leczeniu téj choroby, kto nietylko śledzi przebieg, zwracając uwagę na wszelkie ważniejsze zajścia, lecz kto sobie przedsięweźmie zwracać badawczą uwagę na rzeczy drobne i pozornie najdrobiazgowsze. (*The Lancet* Nr. XX. Vol. II. 1879).

Prof. Dr. C. Gussenbauer (w Pradze): **O mechanizmie wstrząśnienia mózgowego**.

G. wspomina nasamprzód o dotychczasowych teoryjach, które miały na celu wytłumaczenie objawów wstrząśnienia mózgowego. Najwygodniejszą, a przez ujemny wynik sekcyjny niby popartą, była teoryja o drganiach i zmianach molekularnych we włóknach nerwowych i komórkach zwojowych mózgowia; hipoteza ta usuwała się z pod wszelkiéj kontroli, bo przecież nikt nie mógł kusić się o zbadanie molekularnego utkania mózgu. Owe drgania atoli molekularne skutkiem działania siły mechanicznéj są jednak niemożebnemi z przyczyn prostych fizycznych, bo siła mechaniczna musiałaby się pierwéj przeobrazić w siłę zdolną do godzenia w system drobin i atomów. Ale i ze stanowiska fizyjologicznego teoryja ta nie jest uzasadnioną, bo dlaczegoż tylko komórki zwojowe i włókna ośrodków nerwowych miały mieć przywiléj nagłego zawieszenia swych czynności w skutek drażnienia mechanicznego, skoro inne organa pomimo najsilniejszego wstrząśnienia pełnią daléj swoje czynności, jeżeli tylko odżywienie ich nie jest upośledzone skutkiem zboczeń w krążeniu krwi? Wreszcie przekonywające na pozór doświadczenie Gamy, mające dowieść słuszności teoryi téj, okazało się także błędném, jak to wykazali Nélaton i Alquié. Z kolei następuje teoryja Stromeyera, według któréj skutkiem urazu zewnętrznego następuje ściśnienie bezpośrednio czaszki a pośrednio mózgu, a równocześnie i rozlane zboczenia czynności onego. Według téj teoryi więc skutkiem urazu krew i

płyn rdzeniomózgowy zostają wypchnięte z jamy czaszkowéj, a zboczenia mózgowe są następstwem kompresyi a nie wstrząśnienia. Doświadczenia Brunsa wykazały były, że czaszka jest elastyczną i w znacznym stopniu ścisnąć się daje; tak więc istnieją wszystkie warunki ściśnienia mózgowia, jeżeli czaszka bezpośrednio ugodzoną zostaje. Ale teoryja ta nie tłumaczy wcale zboczeń występujących i wtedy, jeżeli czaszka nie doznała urazu bezpośredniego, a mimo to występują objawy wstrząśnienia mózgowego; np. jeżeli człowiek zeskakuje z wysokości mając odnogi dolne wyprostowane, lub jeżeli przy odnogach pod kątem prostym zagiętych pada na pośladki, w których to razach uderzenie udziela się pośrednio czaszce przez kręgosłup. Nadto chwilowe ściśnienie mózgu wywołuje wprawdzie względną niedokrewność onego i tłumaczy objawy odpowiednie, ale dlaczego objawy te nie ustępują razem z kompresyją mózgu, lecz trwają dłużéj aniżeli ich przyczyna? Wreszcie w przypadkach pęknięcia czaszki, połączonego nawet z wgnieceniem odłamków, nie masz objawów wstępnych wstrząśnienia mózgowego, pomimo że mózg w takich razach doznaje nierównie większego ściśnienia, aniżeli wtedy, gdy czaszka nie pęka. Ściśnienie mózgu samo więc nie wystarcza do tłumaczenia mechanizmu i objawów wstrząśnienia mózgowego.—Trzecią jest teoryja Fischera, według któréj wstrząśnienie mózgu nie jest niczém innėm, jeno wstrząsem (shok); tak jak przy doświadczeniu powszechnie znaném Golza następuje drogą odruchu porażenie naczyń brzusznych, tak wstrząśnienie czaszki ma wywołać porażenie odruchowe naczyń mózgowych, a w następstwie takowego względną niedokrewność tętniczą i przekrwienie żylne, które tłumaczy utratę samowiedzy, podczas gdy upośledzenie czynności sercowéj i oddechowéj ma być wynikiem drażnienia trwającego w miejscu wyjścia n. błędnego, podczas gdy mózg wielki jest już mocno porażony. Teoryja ta wyjaśnia wprawdzie pierwsze objawy wstrząśnienia, ale pozostawia bez wyjaśnienia pytanie, jakim sposobem porażenie odruchowe naczyń mózgowych przychodzi do skutku, następnie nie wyjaśnia, dlaczego nie ma porażenia naczyń i odpowiednich objawów przy obrażeniach czaszki, zdziałanych przez siłę większą; a wcale już nie jest zdolną tłumaczyć, dlaczego po wstrząśnieniu mózgowém spotykamy się zawsze prawie z luką w pamięci, odnoszącą się do wrażeń zmysłowych i wyobrażeń, które obrażony miał bezpośrednio przed wstrząśnieniem, czego nie spostrzegamy w żadnym innym rodzaju obrażenia czaszki. Zasługą jednak teoryi Fischera jest, że dała pochop do nowszych doświadczeń ważnych.

Ponieważ znaczniejsze urazy wywołują we wnętrzu czaszki zmiany anatomiczne, skutkiem czego takie przypadki nie nadają się do badania wstrząśnienia, Koch i Filehne robili doświadczenia na zwierzętach, mających szczękę dolną przymocowaną do stołu w ten sposób, że za pomocą lekkiego młota uderzali okolicę ciemieniową 2 razy na sekundę, aż występowały objawy wstrząśnienia, a objawy te występowały zazwyczaj w 30—50 minut, poczém badali zachowanie się ośrodków oddychania, n. błędnego, nn. naczynioruchowych itd. i doszli do wniosku, że uraz wywołuje wprost wstrząśnienie każdego ośrodka; nie rozstrzygnęli jednak kwestyi, czy wstrząśnienie polega na drganiu poszczególnych elementów mózgowych lub na uderzeniu mózgowia in toto o czaszkę. Doświadczenie to atoli nie daje się zastósować bezwzględnie do wstrząśnienia mózgu u człowieka, bo wielorazowe uderzenia młotkiem nie odpowiadają mechanizmowi, który u człowieka wywołuje wstrząśnienie; dowodzą one tylko zgodnie z doświadczeniem klinicznėm, że zbiór objawów wstrząśnienia mózgowego powstaje i bez zmian w mózgu dostrzegalnych. Chcąc wyjaśnić związek pomiędzy przyczyną mechaniczną a zmianą organiczną, należy zbadać mechanizm wstrząśnienia, a zmiany zależne od działania mechanicznego można badać także na trupie. Celem przekonania się, czy mózg po wstrząśnieniu czaszki robi jakiś ruch lub nie, autor już przed 3 laty trepanował czaszki w kilku miejscach w pewnym kierunku, przez otwory w czaszce po przecięciu opon wprowadzał igły do masy mózgowéj i przekonał się, że igły odbywały ruch, jeżeli czaszka uderzoną została w kierunku otworów sztucznych, z czego wnosił, że ruch zewnętrzny udziela się masie mózgowéj a to udzielanie się uderzenia ze stanowiska fizycznego łatwo się tłumaczy, jeżeli zważymy, że jama czaszkowa napełniona jest masą, która nie wszędzie posiada gęstość jednę i tę samą, a ponieważ krew i płyn rdzenio-mózgowy mogą być wypchniętemi z czaszki, więc wszystkie istnieją warunki, aby w mózgu samym nastąpić mogło podwyższenie lub obniżenie istniejącego w nim napięcia, jeżeli tylko ruch masy udziela się mózgowi. Na podstawie tego rozumowania przypuszczał G., że przy wstrząśnieniu odbywa się we wnętrzu mózgowia ruch nie drobinowy lecz ruch masy, i że w ruchu tym pośredniczy głównie płyn mózgo-rdzeniowy. Podwyższony ucisk w czaszce drażniąc bezpośrednio wszystkie ośrodki w mózgu wywołuje nagle owe objawy rozlane, który przy wstrząśnieniu mózgowém spostrzegamy. Tłumaczenie to znajduje poparcie w anatomii patologicznéj. U osób, które zmarły bezpośrednio po obrażeniu czaszki lub z następstw wstrząśnienia sekcyja wyjątkowo tylko daje rezultat ujemny; częściéj znachodzimy mniéj lub więcéj znaczne wynaczynienia w oponach, lub na powierzchni mózgu, na podstawie czaszki, a w mózgu samym wynaczynionki kropkowate, rozsiane. Te właśnie wynaczynionki rozsiane dają wskazówkę, jakim sposobem siła mechaniczna działa na mózgowie. Nie mogą one być następstwem ściśnienia mózgu, bo występują w tych głównie przypadkach, w których nie ma śladu ucisku na powierzchni mózgu; ale okoliczność, że wynaczynionki te pojawiają się właśnie tam, gdzie najwięcéj się zbiera płynu rdzenio-mózgowego, dowodzi, że one są następstwem poruszania się tego płynu.

Tu G. przechodzi do doświadczeń i nauki Dureta o znaczeniu płynu rdzenio-mózgowego w t. zw. wstrząśnieniu mózgowém, na które nie tylko bezwzględnie się pisze, ale nadto posługuje się niemi do udowodnienia całego szeregu objawów, występujących we wstrząśnieniu mózgowém. Ustęp ten obszerny, zajmujący czwartą część wykładu pomijamy atoli, a to z powodu, że nauka odnośna Dureta przedstawioną została czytelnikom Przegl. Lek. już w r. 1878 bardzo dokładnie i wyczerpująco przez szan. kolegę Dra Kwaśnickiego (w Nrach 7 i 8), dokąd czytelników odsyłamy. Cały wykład Gussenbauera jest właściwie tylko wstępem do nauki Dureta o wstrząśnieniu mózgowém, która coraz więcéj nabywa zwolenników, tak dalece ona jest ścisłą i przekonywającą. Zaznaczyć tylko musimy, że znakomity profesor prazski dopiero dnia 20 grudnia 1879 r. w wykładzie mianym w towarzystwie lekarskiém zwraca uwagę na doświadczenia Dureta, podczas gdy dzięki kol. Kwaśnickiemu czytelnicy Przeglądu Lek. już od dwóch lat znają takowe nierównie szczegółowiéj. (*Prager med. Woch.* 1880, Nr. 1—3). *L. B.*

Dr. Urbantschitsch (w Wiedniu): **O obrażeniach przyrządu słuchowego pod względem sądowo-lekarskim.**

I. Wstrząśnienia. Tu należą zmiany, których doznaje przyrząd słuchowy przez nagłe zgęszczenie powietrza, uderzenie w okolicę ucha, silny wybuch itp., lub też skutkiem udzielania się wstrząśnienia od głowy (uderzenie w głowę, upadnięcie, spadnięcie). Zmiany tym sposobem powstałe odnosić się mogą do błony bębenkowéj, do jamy bębenkowéj i błędnika, a względnie nerwu słuchowego i to poszczególnie lub razem.

1. Przedarcie błony bębenkowéj. Błona ta uledz może pęknięciu skutkiem nagle uderzającéj fali zgęszczonéj, bez względu, czy takowa uderza od zewnątrz (uderzenie w ucho, zanurzenie głowy w wodzie), lub od wewnątrz (wdmuchiwanie powietrza do ucha wewnętrznego). W obec wielkiéj odporności błony bębenkowéj zdrowéj potrzeba wielkiéj siły, aby wywołać pęknięcie, daleko zaś mniejsza siła wystarcza, jeżeli błona bębenkowa była poprzednio chorobową zmienioną. Objawy pęknięcia: Obrażony uczuwa huk nagły a najczęściéj i silny ból, czasem nawet mdleje; upośledzenie słuchu, zwłaszcza jeżeli równocześnie obrażony został nerw słuchowy; dźwięczenie strojnika uczuwa obrażony silniéj po stronie choréj, jeżeli niema powikłania ze zmianami w błędniku. Podmiotowe objawy słuchowe, jeżeli istnieją, zależą od równoczesnéj zmiany w błędniku. Za urazowém powstaniem pęknięcia przemawia nastrzykanie brzegów rany, obok prawidłowego wejrzenia reszty błony, tudzież brak objawów zapalnych w jamie bębenkowéj, a nareszcie według Politzera i ta okoliczność, że przy próbie Valsalvy powietrze dostaje się bez szmeru do przewodu słuchowego, co dowodzi prawidłowego zachowania się ucha środkowego, gdy przeciwnie utrudniona drożność przewodu wewnętrznego i powstawanie szmerów przy wzmiankowanéj próbie przemawiają za poprzednio istniejącemi zmianami chorobowemi ucha środkowego. W późniejszym okresie, gdy mianowicie blona mogła się już zagoić lub też następowo mogło przejść zapalenie na ucho środkowe, trudno już rozstrzygnąć związku przyczynowego między zmianami w błonie bębenkowéj a uchu środkowém. Jeżeli brzegi rany pokryte są osadem wapiennym, obrażenie nastąpiło najmniéj przed 2—3 tygodniami. Przebieg bywa rozmaity. Rany wązkie lub okrągłe a małe goją się w przeciągu kilku dni lub tygodni, nie pozostawiając bynajmniéj upośledzenia słuchu. W przeciwnym razie mogą pozostać silne odczynowe zapalenia ropne jamy bębenkowéj, trwające kilka tygodni lub miesięcy. W rzadkich przypadkach po urazowém pęknięciu blony bębenkowéj, może się rozwinąć ropne zapalenie opon mózgowych. Tak zw. całkowite pęknięcie błony bębenkowéj powstaje albo bezpośrednio skutkiem urazu, lub też skutkiem zapalnego zniszczenia po pęknięciu częściowém. W obec tak różnorodnych zejść urazowych pęknięć błony bębenkowéj, orzeczenie lekarskie musi być bardzo oględne. Rozstrzygnięcie, czy mamy w pewnym przypadku przed sobą uszkodzenie lekkie lub ciężkie, możebném jest dopiero po bardzo dokładném badaniu i dłuższéj obserwacyi. Jako uszkodzenie lekkie uważać je można wówczas, jeżeli nie ma upośledzenia t. zw. przewodnictwa kostnego, jeśli nie rozwinęło się następowe zapalenie jamy bębenkowéj, a rana w błonie bębenkowéj w krótkim czasie może się zagoić. Jako uszkodzenie ciężkie należy zaś w tych razach uważać pęknięcie blony bębenkowéj, jeżeli jużto utrata substancyi jest rozległa, już też rozwinęło się zapalenie ropne całéj błony bębenkowéj i błony śluzowéj ucha środkowego, tudzież jeżeli obok urazowego nadwerężenia błony bębenkowéj obrażony nie odbiera należytych wrażeń słuchowych od strojnika zetkniętego z kośćmi głowy. Krwotoki błony bębenkowéj, powierzchowne lub międzytkaninowe, w rzadkich tylko przypadkach mogą pociągnąć za sobą zapalenie blony bębenkowéj, zwykle zaś rychło ulegają wessaniu, nie mają więc zazwyczaj znaczenia pod względem sądowo-lekarskim.

2. Urazowe obrażenia jamy bębenkowéj. Tu należą przedewszystkiém krwotoki do jamy bębenkowéj, cechujące się podmiotowo uczuciem bolu lub silnego ciśnienia w uchu, mniéj lub więcéj upośledzonym słuchem (przewodnictwo kostne przy têm utrzymane lub wzmocnione) szumem w uszach, przedmiotowo zaś czerwonemi smugami na wewnętrznéj powierzchni błony bębenkowéj (jeśli nie jest chorobową ćmą), czasem jéj wypukleniem na zewnątrz. Przebieg jest zwykle pomyślny: wynaczyniona krew ulega wessaniu w ciągu kilku dni lub tygodni, niekiedy występują później objawy nieżytu jamy bębenkowéj. Prócz krwotoków mają wstrząśnienia wywoływać także niekiedy następowe zapalenia błony śluzowéj ucha środkowego, być może skutkiem drobniutkich wynaczynionek lub nadwerężenia nerwów troficznych. (C. d. n.)

Zeissl: **O kile dziedzicznéj.**

Że z rodziców (ojca lub matki lub obojga), dotkniętych w chwili płodzenia zmianami kiłowemi, może przejść i przechodzi zakażenie kiłowe na płód, jest rzeczą aż nadto znaną. Nasuwają się tu wszakże inne jeszcze pytania, najprzód czy płód kiłowy pochodzący z ojca kiłowego może przenieść kiłę na matkę dotąd zdrową, a następnie, czy płód pochodzący z obojga rodziców zdrowych może się stać kiłowym skutkiem zarażenia matki podczas ciąży. Obudwom ostatnim możebnościom przeczy stanowczo Dr. Kassowitz, oponuje mu zaś Dr. Vajda i. i. Co do ostatniego punktu prof. Zeissl przytacza następujący przypadek, ogłoszony przez jego syna (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1879, Nr. 50 i 51): Mąż zaraził żonę będącą w 5 miesiącu ciąży, oboje dotąd byli zupełnie zdrowi a mąż nabył kiły dopiero w 2 miesiącu ciąży swéj żony; w 7 miesiącu żona okazywała objawy kiły ogólnéj, dziecko zmarło w 11 dni po urodzeniu na *pemphigus syphilit.* Możebność przeniesienia kiły ciężarnéj matki na płód dotąd zdrowy potwierdzają również Guibout, Desprès, Jullien, Basseraux i. i. Że kiła płodu udziela się również matce, czemu przeczy Kassowitz, znajduje poparcie w następujących okolicznościach: *a)* raz dopiero postrzeżono, że matka zaraziła się karmiąc własne dziecko kiłowe; *b)* Caspari matce na pozór zdrowéj po urodzeniu dziecka z kilą dziedziczną (po ojcu) nie zdołał zaszczepić przyrzutu kiłowego. Nadto przytacza Zeissl przypadki, w których matki wśród ciąży nabywały kiły ogólnéj od płodu kilą dotkniętego.

W ogóle można powiedzieć: 1) Jeżeli jedno z rodziców, a têm bardziéj oboje, w czasie płodzenia dotknięci są kiłą świeżą lub ukrytą, dziecko również bywa kiłowém; w rzadkich przypadkach rodzą się w tych warunkach dzieci zdrowe. 2) Jeżeli dziecko spłodzone zostało przez rodziców zdrowych a matka podczas ciąży uległa zarażeniu kiłowemu, to i płód może drogą krążenia łożyskowego być zarażonym. 3) Jeżeli kobieta zdrowa zapłodnioną zostanie przez mężczyznę kiłowego i nosi w sobie płód kiłowy, natenczas i

matka prawie bez wyjątku ulega zarażeniu kiłowemu, mianowicie pokazują się u niéj zazwyczaj objawy późnéj kiły. Czy w tym razie zarażenie to nastąpiło przez niezdrowe nasienie kiłowego mężczyzny, czy co prawdopodobniejsza, drogą krążenia łożyskowego, jak dotąd trudno rozstrzygnąć. (*Wien. Med. Wchschrft.* 1880. Nr. 4 i 5). *St. Sm.*

Wiadomości pomniejsze.

Burckhard. Szczepienie wewnątrzmaciczne. Matki dotknięte ospą rodzą dzieci okazujące ślady ospy. Spostrzeżenie to nasuwa myśl, iż gdy ciężarną zaszczepimy, to dziecko jéj posiadać będzie ochronę od wpływu krowianki. Za tém mniemaniem przemawiają spostrzeżenia na zwierzętach. Siedemset owiec zaszczepiono ospą owczą w ostatnich tygodniach ciąży a jagniętom ich próbowano zaszczepić takąż ospę w pierwszych 4—6 tygodniach ich życia. Szczepienie się nie powiodło, gdy przeciwnie ospa przyjęła się u 36 jagniąt, których matki nie były szczepione (Rickett, Roloff). Underhillowi nie udało się zaszczepić ospy u czteromiesięcznego dziecka, którego matka w 8 miesiącu ciąży była szczepioną. Burckhard w oddziale położniczym Bischoffa w Bazylei czynił w latach 1877 i 1878 doświadczenia pod tym względem. Szczepił on 28 ciężarnych, ale tylko dzieci ośmiu z nich służyły mu do doświadczeń. Doszedł on do następnych wyników: 1) Dzieci 4 ciężarnych szczepionych w końcu ciąży z pomyślnym skutkiem okazywały zaraz po urodzeniu ochronę od krowianki, u jednego z nich trwała ochrona ta jeszcze w 6tym miesiącu po urodzeniu. 2) Dwie ciężarne szczepiono ze skutkiem wątpliwym, u dziecka jednéj z nich szczepienie się nie powiodło, u dziecka zaś drugiéj krowianka się przyjęła. 3) U dwu ciężarnych krowianka się nie przyjęła, dziecko jednéj posiadało ochronę od krowianki, drugiéj zaś nie.

B. szczepił kilka kobiet ciężarnych wstrzykując im do tkanki podskórnéj krowiankę rozcieńczoną kroplą wody, nie nastawało ani oddziaływanie miejscowe ani zaburzenia ogólne, u dzieci dwóch z pośród ich liczby szczepienie krowianką się nie powiodło. B. czyni dalsze jeszcze badania. (*Deut. Archiv f. klin. Medicin.* T. XXIV). *K. Gr.*

ss) Bollinger ogłosił niedawno zapatrywanie, że krowianka zaszczepiona ciężarnéj udziela się również i płodowi, że zatém noworodki takie zabezpieczone już są od ospy. W téj myśli Dr. Gast szczepił przeszło 30 kobiet ciężarnych w 7 lub 8 miesiącu ciąży i przekonał się, że noworodki zachowywały się względem limfy krowiankowéj zupełnie tak samo jak dzieci, których matki podczas ciąży nie były szczepione; t. zw. szczepienie wewnątrzmaciczne Bollingera zatém nie ma podstawy. (*Berl. klin. Woch.* 1880 Nr. 5).

ss) Dr. Czarda poleca jodoform w przewlekłych zapaleniach ucha środkowego, opierając się na wypadkach leczniczych, jakie otrzymał u 21 chorych w klinice prof. Zaufala w Pradze. W przeważnéj liczbie istniało u chorych tych przedziurawienie lub zupełny brak błony bębenkowéj oraz obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowéj ucha środkowego. Po dokładném oczyszczeniu wnętrza ucha, C. wdmuchiwał co 3—4 dni za pomocą piórka połączonego z balonikiem nie wielką ilość sproszkowanego jodoformu do jamy bębenkowéj a gdy skutkiem tego po pewnym czasie wydzielina ropna stała się mniéj obfitą, zakładał również co 3—4 dni czopki bawełniane posypane jodoformem. Pod wpływem takiego lekowania przedewszystkiém wydzielanie ropy stawało się skąpszém, a po 1—4 tygodniach znikało zupełnie; zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowéj również ustępowało. Jodoform posiada tu przed azotanem srebrowym i hałunem tę zaletę, że nie drażni błony śluzowéj, że działanie jego ogranicza się ściśle do miejsca chorego i nie sprawia bólów. W celu usunięcia przenikliwéj woni jodoformu można dodać parę kropel olejku miętowego lub tp. (*Wiener mediz. Presse* 1880, Nr. 5).

ss) Wszelkie postacie puchliny brzusznéj podzielić można na: 1) charłaczą, 2) mechaniczną, 3) zapalną i 4) przyrody skomplikowanéj lub wątpliwéj. Prof. Hoffmann oznaczając ilościowo białko w cieczach puchlinnych brzusznych, dochodzi do następujących wypadków: ciecz puchlinna charłacza zawiera bardzo mało białka; skoro znajdziemy mniéj niż 1% białka, stanowczo wykluczyć można zmiany w otrzewnie lub żyle bramnéj. W przypadkach zaliczanych do postaci mechanicznéj (marskość wątroby, rak wątroby, niedrożność żyły bramnéj, rozedma płuc, wady sercowe) ilość białka waha się między 1.0 a 2.5%. W przypadkach skomplikowanych ilość białka zachowuje się bardzo rozmaicie, mianowicie opada w miarę potęgującego się charłactwa a podnosi się, gdy przyczyny zastoju się wzmagają. Najwięcéj białka istnieje w przypadkach zapalenia otrzewny (2.31—7.42%). Ciężar gatunkowy cieczy (1004—1024) pozostaje w prostym stosunku do ilości białka. (*Virch. Arch.* Tom 78.)

Dr. Meinel zamieścił w tomie IV *Archiv für oeffent. Gsndhtspflege in Elsass-Lothringen* artykuł o wartości dotychczasowéj statystyki powtórnego szczepienia (rewakcynacyi). Proponuje on w tym artykule aby zamiast, jak to zwykle ma miejsce, odpowiadania na pytanie czy szczepienie się przyjęło? odpowiadać na pytanie, jaki miało skutek powtórne szczepienie? Zdaniem jego należałoby rozróżniać przy rewakcynacyi: 1) czy nastała zupełna reakcyja, 2) czy też reakcyja wystąpiła: *a)* w formie króst, *b)* guzków, *c)* plam, 3) czy też żadna reakcyja nie nastała. Podobna statystyka byłaby bardzo pożądaną, ale napotka na znaczne trudności w przeprowadzeniu. (*K. Gr.*)

ss) Z wykładu Dra Wertheimbera w Mnichowie podajemy następujące wyjątki dotyczące leczenia płonicy: kwas salicylowy i jego przetwory są jako środki przeciwgorączkowe w téj chorobie zupełnie bezużyteczne, a nawet i szkodliwe, gdyż według Steffena i Soltmanna u ludzi zdrowych sprawiają przekrwienie nerek, zmniejszają wydzielanie moczu a mogą wywołać i białkomocz. Z wewnętrznych środków przeciwgorączkowych najlepszym jest chinin (0.5—0.8) podawany w godzinach popołudniowych; działanie chininu ma zarazem znaczenie prognostyczne, gdyż tylko w bardzo złośliwych postaciach szkarlatyny środek ten nie obniża gorączki. Z dobrym skutkiem używa W. wilgotnych zawijań, odnawianych co 15 minut, dopóki ciepłota nie obniży się o 1° C.; radzi do tego używać wody o ciepłocie 16—20° R. Natryski zimne poleca tylko przy istniejącéj śpiączce lub majaczeniach szałowych, skoro tylko czynność serca nie jest bardzo osłabioną. Obok zabiegów hydroterapeutycznych zachwala równoczesne stósowanie środków pobudzających i drażniących, jak kamfora (0.03—0.06 co 2 godz.) olejek kamforowy (podskórnie co 2—3 godz. ½—1 strzykawki), mocna czarna kawa, szampan itp.

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie III zwyczajne z d. 4 lutego 1880 r.

Przewodniczący Dr. Warschauer. Obecnych członków 21 i Dr. Tarchalski jako gość.

1. Sekretarz doroczny odczytał odezwę sekcyi żółkiewskiéj Tow. lekarzy galicyjskich, zapraszającą do prenumeraty na portret protomedyka Dra Biesiadeckiego

2. Kol. Lustgarten odczytał opis osobliwszego przypadku chorobowego przez siebie obserwowanego w praktyce prywatnéj. Przebieg cierpienia był tego rodzaju, że stanowczo niepodobném było rozpoznać chorobę. (Opis ten będzie umieszczonym w Przeglądzie).

Odczyt ten wywołał dosyć żywą dyskusyję: Kol. Pieniążek przypuszcza w tym przypadku z wielkiém prawdopodobieństwem jakąś sprawę zapalną mózgu, która dłuższy czas się utrzymywała i pod wpływem różnych czynników kolejno ustępowała i na nowo się wzmagała. Opisane przez kol. Lustgartena objawy przemawiałyby albo za *Meningitis recidiva,* albo za *Encephalitis* w ograniczoném miejscu jednéj półkuli mózgowéj Ostatnie zwłaszcza cierpienie nie pociąga za sobą często przez długi czas porażeń, może się przeciągać lata a występuje wtedy z groźniejszemi objawami, gdy pewne szkodliwe wpływy wywołają miejscowe przekrwienie. Kol Kwaśnicki przytacza z swéj praktyki podobny przypadek, w którym z początku rozpoznał zimnicę złośliwą *(malaria).* Napady wszakże gorączki nie ustępowały żadnemu leczeniu i gdy już wyczerpano wszystkie środki przeciwzimnicze, wystąpiły po kilku miesiącach drgawki, nadczułość wielka w okolicy rdzenia, bóle w okolicy jajników, wreszcie miejscowa bezczułość. Kol. Kwaśnicki podziela zdanie prelegenta, że miał do czynienia z chorobą nerwową a prawdopodobnie tak jak w jego przypadku z hysteryją. Kol. Pissek przypuszcza w opisanym przypadku przewłoczne zapalenie opon mózgowych, objawy przez prelegenta opisane porównywa z objawami występującemi w *Pachymeningitis haemorrhagica interna* jakoteż w *Meningitis cerebrospinalis chronica* i skłania się do rozpoznania ostatniego cierpienia, dodając, że w niém nie zawsze zmianom anatomicznym odpowiadają ogólne objawy. Kol. Ponikło nie ośmiela się stanowczego podać w tym przypadku rozpoznania, zwraca jednak uwagę na to, że przy *Meningitis cerebrospinalis* nigdy nie brak wprawdzie zwyczajnego ale i bardzo cechującego objawu, jakim jest ból głowy, którego w przypadku opisanym nie było, dla tego tak jak kol. Pieniążek przypuszcza raczéj *Encephalitis.* Kol. Pieniążek wykluczając *Meningitis basilaris* z powodu braków objawów porażenia, a *Meningitis convexitatis* z powodu braku bólu głowy i nie zajęcia *sensorium* przytacza za *Encephalitis* przemawiające jeszcze okoliczności: że proces rozwijał się przez cały miesiąc, trwał miesięcy dziesięć a polepszenia kolejne przypisać należy, zdaniem jego, ustępowaniu lub zmniejszaniu się przekrwienia obocznego. Kol. Warschauer, który chorą razem z kol. Lustgartenem obserwował, oświadcza, iż przypuszczał z początku zaraz proces zimniczy złośliwy *(Malaria)* a to z tego powodu, że choroba zaczynała się od wyraźnéj zimnicy, towarzyszył jéj stale obrzęk i bolesność śledziony a w pierwszych trzech napadach nie było żadnych przypadów mózgowych i dopiero w czwartym wystąpiło nie zbyt wybitne porażenie twarzowe, co mogło być tylko powikłaniem choroby. Utratę chwilową słuchu przypisuje kol. Warschauer z jednéj strony temu, że chora już dawniéj cierpiała na *Otitis,* a z drugiéj wielkim dawkom chininu. Kol. Jurowicz nakoniec był zdania, iż stanowczo u téj choréj duru wykluczyć nie można. Kol. Lustgarten odpowiedział na poczynione uwagi uzupełniając w ten sposób opis odczytanego przypadku.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Wasylewski.*

VI. O błonicy *(diphtheritis)* panującej nagminnie na Podolu.

List II.

Kilka luźnych uwag o błonicy. Porównanie przypadłości w podręcznikach lekarskich z symptomami postrzeganemi podczas teraźniejszéj epidemii. O przyrzucie dyfterytycznym; opisanie niektórych przypadków zarażenia.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Naostatek czwarte spostrzeżenie. W lutym 1878 r. leczyłem siedmioletnią dziewczynkę dotkniętą płonicą *(scarlatina),* choroba miała przebieg prawidłowy, ale w okresie zdrowienia wystąpił krwotok z nerek, maleńka pacyjentka zmizerniała, powoli jednak zaczęła przychodzić do siebie. Parę tygodni niewidziałem jéj wcale, wezwany znowu zastałem dziecko gorączkujące, nieprzytomne, a całe gardło (migdałki, języczek, fałdy miękkiego podniebienia) wysłane nalotem błonicowym. Pacyjentka nieopuszczała wcale łóżka w ciągu poprzednich 8 tygodni, znajdowała się w warunkach dobrych, cierpienia przebyte wcale nie wycieńczyły ustroju, w dzielnicy téj błonica nie panowała, co więcéj pięć osób starszego i młodszego jéj rodzeństwa cieszyło się pożądanym stanem zdrowia. Chora po dwóch tygodniach przyszła do siebie, choć dyfteryja z dławcowéj przeobraziła się w formę septyczną. Po długiém śledzeniu doszukałem się przyczyny choroby oto: jedna z sióstr owéj dziewczyny uczęszczała do miejscowéj szkoły, obok niéj siedząca koleżanka uległa błonicy, chorą już będąc nieopuszczała nauki, wkrótce też życiem przypłaciła swoję gorliwość. Otóż siostra choréj pacyjentki mogła na swojéj odzieży przynieść wydzieliny błonicowe i niemi ją zarazić, a właśnie ona najczęściéj bawiła się z ową chorą. Dodamy na końcu, że nikt więcéj z rodziny nie uległ rzeczonéj niemocy. Otóż tyle. Przytoczone tu przypadki z pewnym celem zaregestrowaliśmy: o zaraźliwości dyfteryi nikt u nas nie wątpi, ale o zachowaniu należytych ostrożności często zapominamy, a wyżéj podane szczegóły uczą nas, że i największa przezorność nie jest wcale zbyteczną.

Mimo woli nasuwa się pytanie, jak się błonica objawiała u nas, w danéj rodzinie, w daném obejściu, przez kilka rodzin zamieszkałém, w danéj wreszcie ulicy. Znajdujemy na to wszystko odpowiedź w notatkach przez nas układanych podczas ostatniéj epidemii w Kamieńcu.

Zwykle mały chłopak albo dziewczyna wnosili zarazę pod strzechę rodziców ze szkoły, ze spaceru, albo od sąsiadów, u których już błonica istniała. Naturalnie około chorego koncentrowała się uwaga wszystkich, inne dzieci, „niby“ oddzielano. (Mówimy o pierwszych chwilach wybuchu epidemii, bo obecnie izolacyi, zwłaszcza w klasach wykształceńszych, przestrzegają z całą ścisłością, doświadczenie bowiem przekonało, że przestrogi lekarzy, przynajmniéj pod tym względem, mają smutną racyję bytu). Mały pacyjent, po walce z zabójczą chorobą albo wychodził zwycięzko, albo padał jéj ofiarą; jeszcze wszakże niedokonano obrzędu pogrzebowego, kiedy się drugi nastręczał przypadek w témże otoczeniu, ku końcowi trwania choroby tego drugiego występował trzeci itd., dopóki starczyło materyjału. Otóż w rodzinach podobnych, gdzie przyrzut panował dwa albo trzy tygodnie, lekarz znajdował często wszystkie formy choroby: u doroślejszych było to nieżytowe zapalenie gardła *(angina catarrhalis),* u innych wrzodzikowe *(ang. pustulosa),* jeszcze u innych nieżyt błonicowy, nakoniec u jednego albo dwóch osób dyfteryja wykształcona należycie, więc błonicowa albo septyczna. Spotykaliśmy rodziny, szczególnie pod tym względem nieszczęśliwe: tak na przykład owa mimowolna krzewicielka błonicy na Polskich folwarkach, o któréj wyżéj wspomniano, z jedném dziecięciem wyniesioném z pogromu przenosiła się z miejsca na miejsce; po półtoraroczném troskliwém czuwaniu uspokajać się zaczęła, wątłe przed tém dziecko rozrosło się i skrzepiło, aliści błonica zmiotła je w ciągu 48 godzin. Czasem dyfteryja wybierała jednę osobę z rodziny, ta umierała, a reszta zostawała nietkniętą. Zdarzało się, że w domu obok siebie mieszkały dwie familije, jedna napastowana od choroby, druga wolna od niéj zupełnie.

Czasem wszakże błonica całe opanowywała obejścia

Tak na przykład w Rynku głównym naszego miasta znajduje się ubogi zajazd, bo go hotelem nazwać nie można: od frontu na dole kilka magazynów, na górze kilka więcéj niźli skromnych numerów, na tyłach mieszkają stale trzy ubogie izraelskie rodziny. Otóż w kamieniczce téj zatrzymywali się chorzy dotknięci dyfteryją z sąsiedniéj wioski Mukszy nad Dniestrem przybywający po poradę lekarską. Możecie już z tego wnioskować, jak strasznie musiała grasować błonica w rzeczonéj osadzie, wiele osób pochłonęła, kiedy w końcu zniewoliła kmiecia przywędrować do miasta i szukać pomocy; niestety, niewielką ztąd wiarę wynieśli pacyjenci i ich rodziny, chorych zwykle przywożono zapóżno, umierających zabierano do domu. Wszyscy oni mieszkali czasowo w dwóch ciemnych izbach zajazdu namienionego; łatwo się domyśleć, że po odjeżdżających nie oczyszczano należycie mieszkania, błonica więc rozszerzyła się w całém obejściu, kilkanaście osób na nią przechorowało, cztery z nich padło ofiarą zapomnienia kardynalnych środków ostrożności. Dodamy nawiasem, że w dwóch sąsiednich zajazdach nie było ani jednego przypadku błonicy.

Mieliśmy tu wszakże i ulice, szczególnie przez chorobę umiłowane, chociaż pod względem higijenicznym należały one do wcale zdrowych. Zwłaszcza pamiętną nam jest wzgórzysta mała przecznica, po za gimnazyjum znajdująca się; cztery obejścia leżą po jednéj, a cztery po drugiéj jéj stronie. Otóż w ciągu półtora roku grasowała tu błonica nieustannie. Pierwszy przypadek miał miejsce w drugim domu na prawo, dziewięcioletnia dziewczynka zapadla na błonicę dławcową, wyzdrowiała, ale w okresie rekonwalescencyi uległa porażeniu gardziela, które ją nękało około trzech miesięcy; z dziesięciu osób z nią w tym domu zamieszkałych, jedna tylko matka choréj uległa zapaleniu wrzodzikowemu gardła, a ciotka jéj nieżytowi gardła. Stało się to w listopadzie 1877 r., w miesiąc późniéj w drugim i trzecim domu na lewo (jedno obejście), gdzie mieszkały dwie rodziny, nadto znajdował się konwikt z 12 uczniów (razem osób 20), wystąpiło pięć przypadków nieżytowego zapalenia gardła, jeden wrzodzikowego, cztery nieżytu błonicowego i jeden błonicy dławcowéj u 18-letniego młodzieńca, ten po wyzdrowieniu wyniósł się z konwiktu do innéj dzielnicy. Na początku 1878 r. zajęła błonica dom czwarty na prawo, małą chatkę, którą rodzina izraelska z pięciu osób złożona zajmowała, otóż dziewczynka czteroletnia dostała dyfteryi (forma septyczna) i we 48 godzin umarła. Z wiosną zagościła choroba w trzecim domu na prawo, i to tylko w dolném piętrze, nie mającém żadnéj komunikacyi jak z górném, tak i z oficynami (obie te kondygnacyje wolne były od choroby). Na dolném piętrze mieszkały dwie rodziny (osób 9); w jednéj z nich chłopiec 14-letni dostał błonicy nieżytowéj, siostra jego 7-letnia błonicy septycznéj, tamten wyzdrowiał, ta umarła. Najgroźniéj wszakże objawiła się zaraza w czwartym domku na lewo: w apartamencie o trzech niewielkich pokoikach mieszkała młoda jeszcze niewiasta z pięciorgiem dzieci (lat 16, 10, 8, 7, $1^1/_2$) i jedną służącą; najprzód zaniemógł chłopiec drugi z rzędu, umarł we dwie doby, z kolei za nim poszło trzecie i czwarte dziecie (na błonicę septyczną); biedna kobieta z dwojgiem innych i ze służącą przeniosła się do hotelu, tutaj umarło niemowle przy piersi będące, najstarsza córka i sługa szczęśliwie przebyły dyfteryję nieżytową; a w końcu zachorowała i sama matka, forma choroby była dość łagodna, ale miała za następstwo porażenie gardziela i porażenie odnóg dolnych wraz z pęcherzem, trwające około sześciu tygodni. Tak więc z 8 domów wypełniających uliczkę zostały dwa wolne od zarazy, nie nadługo, w pierwszym na lewo (4 mieszkańców) 12-letni chłopiec przebył bardzo ciężką dyfteryję, mianowicie formę zgorzelinową, jedyny przypadek w naszéj praktyce zakończony szczęśliwie, choć rekonwalescencyja ciągnęła się kilka miesięcy, do czego się przyczyniło i porażenie gardziela. W pierwszym domu na prawo (mieszkańców 8) dwoje dzieci uległo nieżytowemu zapaleniu gardła, ale ta rodzina wyniosła się do innéj dzielnicy i może tylko temu zawdzięczała swoje ocalenie. Zsumujmy cyfry podane wyżéj: na 63 osoby osiadłe w jednéj uliczce naliczyliśmy 27 przypadków cierpienia gardła, albo 44%, z nich 6 umarło (więc prawie 10% w stósunku do zdrowych a 24% w stósunku do chorych), nadto jako następstwo mieliśmy trzy razy porażenie, co się zaś tyczy form patologicznych wszystkie, poczynając od prostego nieżytu aż do błonicy zgorzelinowéj, miały tu swoich reprezentantów. A jednak miejscowość ta, powtarzamy raz jeszcze, dość zdrowa, ulica pochyła, spad ma stromy, domy okolone zielenią, a nawet ogródkami, na przeludnienie uskarżać się niemożna, a tyle ofiar! Jednocześnie panowała błonica i w obejściach w okolicy tego zakątka położonych, ale i znacznie słabszą była i niezajmowała wszystkich kolejno, jak to tutaj miało miejsce.

Dr. Antoni Józef Rolle.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Statystyka samobójstw w Czechach. W ciągu 8 lat ostatnich liczba samobójstw w Czechach podwoiła się; w r. 1878 było przypadków 1157 (w 1871 tylko 551); na płeć męzką przypada 81%, na żeńską 19%. Co do rodzaju i sposobu, w jaki samobójstwa się odbyły, wykazują urzędowe cyfry: 599 przyp. przez powieszenie się (518 mężczyzn, 81 kobiet), utopienie się 266 (165 mężczyzn, 101 kobiet), z broni palnéj 203 (201 mężczyzn i 2 kobiety), przez otrucie 81 (44 mężczyzn i 37 kobiet), z ran ciętych 2, pod kołami wagonów 6 (4 m. i 2 k.)

* Statystyka śmiertelności z chorób zakaźnych w Pradze: W r. 1879 przypadło na 100 zmarłych w Pradze: Z duru brzusznego 2·1%, z ospy 1·5%, dyfteryi 1·3%, z ropnicy 0·9%, płonicy 0·8%, czerwonki 0·7%, z gorączki połogowéj 0·5%, z róży 0·2%. Na suchoty płucne przypada 24%, śmiertelność dzieci wynosi 24·5% (*Berl. klin. Wchft* Nr. 6.)

(*K. G.*) Koszta epidemii dżumy. Wydatki, które ponieść musiało państwo rosyjskie celem przerwania komunikacyi z resztą Europy z powodu wybuchu epidemii dżumy, wynoszą do 2.000.000 franków, z tego przypada 100.000 fr. na kordony i kwarantany, 60.000 fr. na straż nad Wołgą w miejscach podejrzanych i na środki celem odosobnienia tychże; 250.000 fr. na pensyje dla lekarzy i urzędników; 90.000 fr. na leki itp. Większą część wydanéj kwoty pochłonęły wydatki na wynagrodzenie posiadaczy zniszczonych własności, przewóz wojska itd. Wydatki te odnoszą się tylko do czasu od stycznia 1879, tj. kiedy jenerał Loris Melików mianowany został gubernatorem gubernii astrachańskiéj, saratowskiéj i samarskiéj, aż do kwietnia, gdy wszelkie niebezpieczeństwo ustało. (*Rev. d'hyg.*)

Statystyka epidemij. Ospa w tygodniu 4 złagodniała w Londynie. Zapadło 8, umarło 3, leczyło się w szpitalu 84. Bardzo się rozszerzyła w Bukareszcie, gdzie umarło 61, i w Paryżu, gdzie umarło 68. Również i w Madrycie silna panuje ospa, gdzie umarło 19. W Wiedniu umarło 10, w Budapeszcie 6, w Odessie 3, w Pradze i Petersburgu 5, w Barcelonie 11. Odra złagodniała w Kopenhadze, Londynie, Liverpolu; płonica nie zmieniła się w Londynie i Bukareszcie. Dur brzuszny złagodniał w Petersburgu i Barcelonie; z duru osutkowego umarło w Petersburgu 19, z duru powrotnego 17, krztusiec panuje w Londynie. W tygodniu 5 umarło w Krakowie 7 z ospy, 1 z płonicy, 1 z dławca, 1 z duru brzusznego, a doniesiono o 9 przypadkach ospy (Zwierzyniecka l. 30, Kopernika l. 29, Piekarska?,

Kazimierz?, Podwale 82, Podgórze, 3 w wojsku); 1 ospicy (Podgórze); 1 płonicy (Bracka l. 164); 1 duru brzusznego (Piekarska?), 9 zimnicy (w wojsku), 1 czerwonki (koszary Rudolfa).

Statystyka epidemij. W 5 tygodniu ospa w Londynie nie rozszerzyła się bardziéj. Zapadło 22, leczyło się w szpitalach 80, umarło 11. W innych miastach łagodniejszy miała przebieg. W Wiedniu umarło 1, w Barcelonie 9, w Bukareszcie 31, w Paryżu 56, w Petersburgu 4, w Paryżu 8. Odra złagodniała w Liwerpolu i Kopenhadze, podobnież płonica w Bukareszcie. Gorączka tyfusowa częstsza w Paryżu i Petersburgu, dur powrotny w Petersburgu złagodniał, z duru powrotnego umarło w Wenecyi i Bukareszcie po 1, w Londynie 3, w Petersburgu 18. Krztusiec szerzy się w Londynie, gdzie umarło w 5 tygodniu 193 dzieci. W tygodniu 6 umarło w Krakowie 10 z ospy i 1 z duru brzusznego a doniesiono w tymże czasie o 9 przypadkach ospy (z ul. Krupniczéj l. 15, z ul. Górnych Młynów l. 122, z ul. Skawińskiéj l. 37 i 6 w wojsku); 1 ospianki z ul. Krupniczéj l. 15); 1 płonicy (ze Zwierzyńca); 1 dławca (z Rynku l. 32); 2 krztuśca z ul. św. Gertrudy i z Grzegórzek); 1 duru brzusznego (w szpitalu św. Łazarza); 7 zimnicy (w wojsku).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 4 umarło na 1000 i rok w Krakowie 41,6; we Lwowie 39,2; w Warszawie 26,7; w Poznaniu 22,2; w Wiedniu 22,6; w Budapeszcie 36,8; w Pradze 37,2; w Tryjeście 34,8; w Berlinie 26,4; w Wrocławiu 20,7; w Mnichowie 34,9; w Dreźnie 23,1; w Lipsku 24,5; w Bazylei 26,5; w Brukseli 28,1; w Paryżu 33,5; w Londynie 27,1; w Kopenhadze 28,9; w Stokholmie 21,9; w Chrystyjanii 12,6; w Petersburgu 44,7; w Odesie 34,2, w Wenecyi 44,4; w Bukareszcie 51,0; w Barcelonie 43,6; w Nowym Yorku 24,3; w Bombayu 34,5;

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 5 umarło na 1000 i rok w Krakowie 37,6; we Lwowie 37,1; w Warszawie 19,7; w Poznaniu 17,4; w Wiedniu 27,0; w Pradze 38,5; w Tryjeście 15,5; w Berlinie 24,9: w Wrocławiu 25,2; w Mnichowie 34,0; w Dreźnie 21,5; w Lipsku 27,6; w Bazylei 44,9; w Brukseli 21,7; w Londynie 31,3; w Paryżu 34,1; w Kopenhadze 22,6; w Stokholmie 13,7; w Chrystyjanii 12,1; w Petersburgu 48,1; w Odesie 38,3; w Wenecyi 42,2; w Bukareszcie 42,4; w Barcelonie 37,8; w Nowym Yorku 24,1: w Bombayu 34,8; w Madrasie 37,9. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 lutego. Komitet szpitalny tutejszy po dwakroć udał się był do Wydziału krajowego z żądaniem polecenia miastu urządzenia osobnego szpitala dla chorych na ospę. Z tego powodu zjechali tu przed kilku dniami z polecenia Namiestnictwa protomedyk Biesiadecki, a z ramienia Wydziału krajowego Dr. Hoszard, celem zbadania téj sprawy na miejscu. Znalazłszy w szpitalu św. Łazarza 10, a w szpitalu św. Ludwika 2 chorych na ospę, przekonawszy się następnie, że od d. 18 stycznia przybyło zaledwie 7 chorych, nie uznali potrzeby urządzenia osobnego szpitala, lecz zgodzili się na to, aby i nadal w szpitalu św. Łazarza przeznaczono 2 sale (mieszczące w sobie po 10—14 łóżek) dla chorych na ospę płci obojéj: sale te mają być odosobnione od reszty sal, mają mieć osobną służbę oraz zaopatrzone będą w napis, że służą dla chorych na ospę.

(?) Przypadkiem byliśmy świadkami, jak jeden z sekundaryjuszów szpitala św. Łazarza przygotowywał istne stosy półarkuszowych blankietów z napisem „opinija lekarska.“ Na zapytanie, w jakim to czyni celu, odrzekł, że według najnowszego rozporządzenia Wydziału krajowego obowiązany jest lekarz ordynujący już z końcem 6go tygodnia wydawać opinije, jeżeli chory ma dłużéj pozostać w szpitalu, a ponieważ większa część chorych rzeczywiście dłuższego potrzebuje czasu do leczenia się w szpitalu, więc ztąd pochodzą owe stosy blankietów.

Rzeczywiście zatrudnienie to godne doktora wszech nauk lekarskich! Jeżeli tak daléj pójdzie, wypadnie przyjąć pisarzy do szpitala a nie lekarzy, gdyż zdaje się, że czynności manipulacyjne mają większą wagę, aniżeli leczenie chorych. Dotąd wolno było lekarzowi trzymać chorego na oddziale bez tłumaczenia się przez 3 miesiące; ograniczenie to jest rzeczywiście potrzebném dla samych lekarzy, aby się pozbyć mogli przypadków chronicznych, które zajmują miejsce potrzebniejsze dla innych chorych; z drugiéj strony termin 3-miesięczny jest dostateczny do ocenienia, czy chory jest uleczalny lub nie. Żądać atoli od lekarza tłumaczenia się z powodu każdego przypadku, który nad 6 tygodni jest leczony, znaczy szafować wcale nieodpowiednio czasem i trudem, któryby mógł być wyzyskiwany nierównie lepiéj. Spodziewamy się, że Dyrekcyja tutejszego szpitala przekonawszy się o szkodliwym wpływie takiego biórokratyzmu, zechce postarać się o jego usunięcie.

* Kol. docent Pareński donosi nam, że wyboru na zastępcę przewodniczącego Komisyi balneologicznéj nie przyjął.

* **Mianowania i odznaczenia.** Referent spraw lekarskich w Bernie morawskiém Dr. Wilhelm Pissling zamianowany został referentem spraw lekarskich przy namiestnictwie w Pradze. — Prof. Broca wybrany został senatorem francuskim.

* **Wiadomości osobowe.** W d. 9 bm. otrzymali stopień doktorów w. n. lek. na Uniw. Jagiell. pp. Władysław Antoni Gluziński z Sompolna w Król. Polskiém i Władysław Piaskiewicz z Czernolicy w Galicyi.

* **Nekrologija.** D. 20 grudnia r. z. umarł w Chęcinach w Król. Polskiém lekarz miejski Edward Jagielski w 29tym roku życia, zaraziwszy się durem (*Medycyna*).

W Paryżu zmarli: Dr. Lemaire dawniejszy asystent prof. Bouillauda, prof. chemii Baudrimont i młodziutki praktykant szpitalny Reverdy, ostatni skutkiem zarażenia się dyfteryją na oddziale Dra Bouchuta.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 6: Heringa: O nowszych sposobach badania i leczenia chorób jam nosowych; (c. d.); Malinowskiego: Kilka słów o leczeniu błonicy ogólném i miejscowém. — *Gazeta Lekarska* nie dochodzi nas. — W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 3: Buszka: Przyczynek do statystyki śmiertelności w m. Krakowie (c. d.)

Piśmiennictwo lekarskie. BEAUNIS H. Nouveaux éléments de physiologie humaine. 2. éd. avec figures 8. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 20.

— et A. BOUCHARD. Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie. 3. éd. av. fig. gr. 8. Paris, J. B. Baillière et fils. cart. Fr. 20.

BLANCHIER P. A. Recherches expérimentales sur l'action physiologique du salicylate du soude. gr 8. Paris, Doin. Fr. 3½.

Chirurgie Deutsche. Hrsg. v. Billroth u. Luecke. M. Taf. u. Holzschn Lfg. 10 u. 14. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 4·80.

COLIN L. De la Fièvre typhoide dans l' armée franç. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 4.

DUCHAMP V. Étude sur l'amputation de Chopart. 8. Paris, Baillière et fils Fr. 3½

DUVAL M. Cours de physiologie. 4. éd. av. fig. 18. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 8.

ERISMANN F. Gesundheitslehre f. Gebildete aller Stände. 2. Aufl. Hrsg. v. A. Schuster. 8. München, Rieger. M. 3.

FONSSAGRIVES J. B. Therapeutique d. l. phthisie pulmonaire. 2. éd. 8. Paris, J. B Baillière et fils. Fr 9.

GILDEMEISTER J. Die Städtereinigungsfrage u. ihre sanitäre u. wirtschaftl. Lösung in Bremen. gr. 8. Bremen, Kühtmann et Co. M. 1·20.

GURLT E. Neue Beiträge z. Geschichte d. internation. Krankenpflege im Kriege. 8. Berlin, C. Heymann's Verl. M. 1.

HAMMOND W. A. Fasting Girls: Their Physiology and Pathology. 16. New York. sh. 4.

HAESER H Zur Geschichte d. medicinischen Fakultät Greifswald. gr. 8. Breslau, Schletter. M. 80.

HOLDEN L. and J. LANGTON. Manual of the Human Body. Illustr. with numerous Wood Engravings. 4. ed. 8. London, Churchill. sh. 16.

HUSSON C. Le Café, la bière et le tabac. Étude physiol. et chim. 12. Paris, Asselin. cart. Fr. 3½.

KRAUSE C. F. T. Handbuch d. menschl. Anatomie. 3. Aufl. Neu bearb. v. W. Krause. Bd. gr. 8. Hannover, Hahn. M. 22.

KRIEGER. Aetiologische Studien. M. 25. Tab. 2. Ausg. gr. 8 Strassburg, Trübner. M. 10.

LITTEN M. Untersuchungen üb. d. haemorrhagischen Infarct. M 1 Taf. gr. 8 Berlin, Hirschwald. M. 3·60.

MAUTHNER L. Vorträge a. d. Gesammtgebiete der Augenheitkunde. 4 Hft. gr. 8. Wiesbaden, Bergmann, M· 2·40.

MUSGRAVE de Étude sur la contagiosité de la phthisie pulmonaire. 8. Paris, Delahaye. Fr. 2½.

REDARD P. De la Section des nerfs ciliaires et du nerf optique. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 3½.

SAMUEL O. Ueber natürlichen Tod u. abnorme Todesarten. 1 Thl. gr. 8. Berlin, Enslin. M. 1·20.

SCHAUENBURG C. H. Handbuch d. öffentl. u. privaten Gesundheitspflege. 2. Ausg. gr. 8. Berlin, Th. Hofmann. M. 6.
SELTZ F. Diphtherie u. Croup. 2. Ausg. gr. 8. Berlin, Th. Hofmann. M. 9.
SMITH P. Glaucoma: Its Causes, Symptoms, Pathology, and Treatment. With Lithographic Plates. 8. London, Churchill. sh. 10½.
THOLOZAN J. D. Les Trois dernières épidémies de peste du Caucase. 8. Paris, Masson. Fr. 2.
THOMAS P. Des Méthodes, etc. pour pratiquer l'embryotomie dans les cas de présentation de l'épaule. 8. Paris, Delahaye. Fr. 3½.
Untersuchungen a. d. physiol. Institute d. Univers. Heidelberg. Hrsg. 8. W. Kühne. 3. Bd. 1. u. 2. Hft. M. 2 Taf. u. 7 Holzschn. gr. 8. Heidelberg. C. Winter. M. 8·80.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie d. 18go lutego rb. tj. we Środę o godzinie 5téj popołudniu w sali Akademii Umiejętności, posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Obaliński będzie miał już na przeszłém posiedzeniu zapowiedziany wykład o swych własnych doświadczeniach nad przetoczeniem *(transfusio)* krwi do jamy otrzewnowéj a kol. prof. Oettinger uczyni wniosek względem podania petycyi za utworzeniem Izb lekarskich.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. [illegible]

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 21 lutego 1880. **№ 8.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. WICHERKIEWICZ. Przyczynek do kazuistyki narośli śródgałkowych. — II. KRÓWCZYNSKI. Leczenie wiewióra przewlekłego. (Dok.) — III. *Oceny i sprawozdania*: LASSAR. PICK. URBANTSCHITSCH. LEWINSTEIN. — *Wiadomości pomniejsze*. — IV. *Posiedzenia towarzystw:* Sprawozdanie z Walnego Zebrania Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu. — V. *Odcinek:* List otwarty do Redakcyi Przeglądu Lek. w sprawie słownika lekarskiego. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

†

Dr. ALEKSANDER KREMER

Członek honorowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego itd. itd.

D. 15 lutego o godz. 4téj popoł. straciliśmy zacnego ze wszech miar i powszechnie szanowanego kolegę, który do ostatniego tchnienia swego pomimo ciężkich i długich cierpień wypełniał swe obowiązki, jak żołnierz waleczny a ciężko ranny strzegł i bronił powierzonéj sobie placówki. Nie tu miejsce wspomnieć choć pobieżnie o zasługach nieboszczyka, ani tu pora stósowna rozwodzić się nad jego pracami; smutnemu temu obowiązkowi uczynimy zadość w jednym z następnych numerów, gdy ukoi się nieco ból dotkliwy, który każdy odczuwa, kto tylko stykał się przez czas dłuższy z Drem Kremerem. Jakkolwiek bowiem od kilku tygodni obawiać się należało straty czcigodnego męża, to jednak nie mniéj bolesnym dla nas jest cios, który dotknął wszystkich przyjaciół i kolegów. Straciliśmy Kolegę, który był wzorem przyjaźni i życzliwości, prawości charakteru i pracowitości; Towarzystwo nasze traci w nim założyciela i pierwszego swego prezesa, Przegląd Lekarski długoletniego członka Komisyi redakcyjnéj i gorliwego współpracownika, kraj i społeczeństwo nasze godnego syna, który miłość do języka ojczystego przechowywał i pielęgnował przez całe życie swoje. Śp. Aleksander Kremer opuścił nas, pozostawiając po sobie wielką wśród nas próżnię, która nie tak prędko się wypełni. Tém bardziéj więc pamięć jego żyć będzie wśród nas, pamięć owéj bardzo sympatycznéj postaci, która przez lat wiele stanowiła ogniwo łączące pokolenie starsze lekarzy z pokoleniem młodszém. Pamięci téj należy się cześć, cieniom szanownego Męża pokój!

I. Przyczynek do kazuistyki narośli śródgałkowych.

Podał Dr. B. Wicherkiewicz w Poznaniu.

(Rzecz miana na posiedzeniu Walnego Zgromadzenia sekcyi lek. Tow. P. N. w Poznaniu d. 19 grudnia 1879 r.)

Nie może być zamiarem moim, ze względu na obszerny dość program naszego posiedzenia, rozwodzić się wyczerpująco nad tematem nazbyt obszernym, ani myślę nużyć szanownych słuchaczy, wodząc ich z sobą wśród zawiłych i niejasnych pod niejednym względem ścieżek nauki o naroślach, które w oku każdego rodzaju napotykają przedstawicieli, lecz odkładając sobie zestawienie wszystkich rodzai nowotworów, jakie w oku się zdarzają, na później, dzisiaj jedynie chciałbym przedstawić Panom dwa preparaty mięsaków naczyniówki, które zdolne są może zająć Waszą uwagę; a to tém bardziéj, że jestem w położeniu szczęśliwém wykazania objawów, jakie owe nowotwory wywoływały, objawów, które podobne z wielu względów do pewnéj formy jaskry, łatwo dać mogą pochop do zastósowania niewłaściwych środków w podobnych przypadkach. Dla czego zresztą i z innych powodów zasługują przypadki te na wzmiankę, wykażemy później, a tymczasem zwróćmy się do ich przedstawienia.

Przypadek I. Pani L. 62 lat mająca, przedstawiła mi się 16go sierpnia 1877 roku z powodu cierpienia lewego oka. Już na Wielkanoc tego samego roku zauważyła, że wzrok tego oka słabnie, nie zasięgała jednakże niczyjéj rady. W kilka miesięcy później nastąpiły objawy zapalenia tęczówki, a w początku sierpnia, po silniejszém natężeniu w gospodarstwie jak mniemała, wzrok prawie zupełnie zniknął. Udała się więc najprzód do jednego z kolegów zajmujących się chorobami oczu w Poznaniu, a w dwa dni później z powodu nadzwyczajnego bólu i nabrzmienia oka przybyła do mnie. Znalazłem u téj silnéj i zresztą zdrowéj osoby silne przekrwienie spojówek oka lewego, powieki nabrzmiałe, ciecz wąskiéj komórki przedniéj była zamgloną, źrenica rozszerzoną. Tęczówka na drugiém oku niebieska, w lewém oku zmieniła barwę na zieloną, jako znak przekrwienia, a nadto okazuje się obrzmiałą. Wzrok ogranicza się do niepewnego

rozpoznawania światła i poruszeń ręki z ścieśnieniem pola widzenia. Naprężenie bardzo silne (T + 3). Badanie wziernikiem dla zamglenia ośrodków oka do żadnego nie doprowadza celu. Namieniam przytém, że ani gruczoły limfatyczne podszczękowe, ani też dalsze, żadnych znaczniejszych nieprzybrały rozmiarów. Mając przed sobą po części objawy, jakie znamionują jaskrę ostrą, przepisałem zapuszczanie roztworu ezerynu (Eser. sulf. 0,03 : 6,0) lecz gdy objawy poprzednio opisane wzmagały się, gdy znaczne nastąpiło nabrzmienie spojówki i powiek, gdy w przednią komórkę wystąpiła krew w skutek pęknięcia naczyń tęczówkowych a ani skaryfikacyja, ani okłady z lodu, ani pijawki żadnego prawie nie sprawiały skutku, ból zaś coraz więcéj choréj dokuczał, skłoniłem się już dnia 17go sierpnia, a zatém w dzień po przedstawieniu się choréj, do wyłuszczenia gałki. Dokonałem go wśród narkozy eterycznéj po poprzedniém zastrzyknięciu 0,006 morfinu, poczém niebawem wszelki ból ustąpił, zagojenie odbyło się szybko, tak że już po dwóch tygodniach chora mogła być zaopatrzoną w sztuczne oko, które najzupełniéj ułomność jéj pokryło.

Badanie anatomiczne makroskopijne. Rozmiary i zewnętrzna postać oka nie zbaczają w niczém od prawidłowości. Oko leżało przez kilka tygodni w płynie Müllera a następnie w okowicie. Po rozcięciu gałki w kierunku prostopadłym od przodu ku nerwowi wzrokowemu, z jamy wewnątrzgałkowéj wypłynęła ciecz wodnista. Cała siatkówka przyczepiona tylko w tyle do nerwu wzrokowego, okazuje się odszczepioną, zwiniętą w kłębek i ciężarem swoim nachylającą się do wewnętrznéj części ściany gałki oka, a w przedniéj swéj części trzyma uwięzioną soczewkę. W zewnętrznéj zaś części jamy gałki widać w okolicy plamki żółtéj, a ku dołowi aż do *ora serrata* rozciągającą się narośl na szerszéj trochę podstawie, biorącą swój początek, jak to mikroskop wykazał, z wewnętrznéj blaszki naczyniówki. Powierzchnia téj narośli jest nieco nierówna, szerokość guza samego (nie podstawy, gdyż ta więcéj się rozszerza) wynosi 8—10 mm., długość 12—14 mm., wysokość 7—8 mm. Na rozkroju przedstawia się owa narośl szczelnie zbitą, koloru ciemnego z nielicznemi jamami.

Badanie drobnowidowe wykazuje dużo skupionych podłużnych wrzecionowatych komórek nieznaczném połączonych podścieliskiem włóknistém; tak między komórkami, jak i w komórkach samych znajdują się znaczne złogi barwika. Stósownie więc do téj budowy nazwałbym nowotwór ten włóknomięsakiem czerniaczkowym, (*Fibrosarcoma melanoticum*). Małe jamy, które przedstawiają się na powierzchni przeciętéj, odpowiadają przeciętym naczyniom. U samych krańców w obwodzie nowotworu łatwo można się było przekonać, jak heteroplasia brała swój początek z *lamina elastica*.

Przypadek II. Julijanna Z. 78 lat mająca z Gogolewa radziła się mnie pierwszy raz w lutym roku 1878 dla słabnącego od 9ciu miesięcy wzroku, skarżyła się przytém na ból głowy, który jéj najwięcéj dokuczał w nocy i to już od lat dziesięciu. Wzrok był na on czas: $\frac{pr.}{l.}$ palce $\frac{10'}{6'}$. Dla analfabetyzmu jednakże siły wzroku dokładnie nie można było oznaczyć. Badanie wziernikowe wykazało: Tarcze nerwów wzrokowych widoczne i jeszcze prawidłowe, tak samo jako cały tył oka, o ile go jeszcze dokładnie rozeznać można. Kora soczewki zaćmiona częściowo i to głównie od brzegu soczewki. W lewém oku zaćmienie to posuwa się więcéj ku środkowi. Chora miała sobie zaleconą ostrożność, ochranianie oczu i miała stanąć do operacyi po zupełném zaćmieniu lewego oka. To nastąpiło dopiero w lipcu bieżącego roku, a w końcu sierpnia chora ponownie się przedstawiła, przyczém okazało się, że wzrok na lewém oku zupełnie zanikł tak, że oko to nawet światła nie rozpoznawało, pomimo, że soczewka w części pozostała jeszcze przeźroczystą, nie dozwalając jednak uchwycenia żadnego obrazu głębi oka. Naprężenie prawidłowe. Okiem prawém rozpoznawała chora palce na 4—5'. Przyczyny oślepienia zupełnego oka lewego nie umiała chora podać, nawiasowo tylko napomknęła, iż w lipcu nie widząc już dobrze, a spiesząc się do kościoła, wpadła w kałużę, z któréj zaledwo z życiem ją wydobyto. Przypuszczając, iż w skutek owego wstrząśnienia nastąpiło oderwanie siatkówki, odstąpić musiałem od zamiaru wykonania operacyi zaćmy, a odsyłając chorą do domu, zaleciłem używanie systematycznego moczenia nóg przez kilkanaście tygodni i przystawiania synapizmów. Aliści już 5go października rb. chora powróciła ze zapaleniem oka lewego, twierdząc, iż ją takowe przed 12tu dniami nagle w ogrodzie zabolało. Stan tego oka był następujący: Powieki czerwone, nieco nabrzękłe, spojówka silnie przekrwiona wydzielająca płyn śluzowaty, naprężenie znacznie pomnożone (T + 2), komórka przednia bardzo płytka, tęczówka przekrwiona, źrenica szeroka zbaczająca nieco od formy okrągłéj. Dotykanie oka bolesne, a przytém samoistny ból oka i całéj lewéj połowy twarzy; światło razi i wywołuje łzawienie, tętno przyspieszone, dochodzi 110—120 uderzeń. Ezeryn zrazu obniżył naprężenie oka, a morfin podskórnie stósowany sprawił choréj ulgę. Gdy jednak ulga ta była tylko przemijającą i coraz słabszą, a z powodu zbyt płytkiéj komórki i zbyt silnego przekrwienia tęczówki obawiając się złych przypadłości i zbyt silnych krwotoków, odstąpić musiałem od zamiaru wykonania irydektomii, skłoniłem się do zamiany téjże na sklerotomiję, którą dnia 16/10 w górnéj części twardówki wykonałem. Dla przerywanego tętna i rozdęcia płuc zaniechać musiałem znieczulenia chloroformem. Skutek był pomyślny co do obniżenia naprężenia, które równało się teraz T—2, również i ból na dni kilka zmniejszył się, jednak wnet powrócił i coraz więcéj dokuczał, przyczém się chora skarżyła na rwanie i kłucie wewnątrz jamy ocznéj. Chcąc cierpieniu raz koniec radykalny położyć, oświadczyłem się za wyłuszczeniem gałki, czemu się też chora wcale nie sprzeciwiła. Takowe wykonane zostało bez narkozy tylko po zastrzyknięciu morfinu. Ubytek krwi nie był wielki.

Badanie anatomiczne makroskopijne. Gałka oka prawidłowéj wielkości i budowy prawie normalnéj włożoną została zaraz po wyjęciu z jamy ocznéj w płyn Müllera, a w kilkanaście tygodni późniéj po wyjęciu z tegoż przecięta w kierunku równika prostopadłego, przyczém z wnętrza oka wypłynęła ciecz wodnista, gałka zaś sama przedstawia następujące szczegóły: Rogówka bardzo cienka, również twardówka, która w górnéj części okazuje ślady sklerotomii będąc tamże w szerokości 3—6 mm. przeciętą, a po nad przeciętém miejscem powstała jama ograniczona od góry tkankami nadtwardówkowemi i spojówką. Komórka przednia tak jest wązką, że tęczówka prawie przylega do niéj, a pozostająca nieznaczna jama napełniona jest płynem surowiczym. Soczewka zaćmiona i twarda, z jéj przednią powierzchnią zrośnięta jest tęczówka większą częścią swéj płaszczyzny; siatkówka zaś oderwana zupełnie tworzy lejek, którego szczyt przyczepiony do nerwu wzrokowego a podstawa kończy się przy *ora serrata*; lejek ten napełniony jest płynem

rzadkim (rozrzedzone ciało szklane). Siatkówka pokrywa przednią swą częścią w obwodzie tył soczewki przylegając do niéj jako téż do ciała rzęskowego zupełnie szczelnie. W zewnętrznéj połowie gałki i to w miejscu, które odpowiada mniéj więcéj plamce żółtéj, widać szeroką wypukłość w naczyniówce a średnica téj wypukłości wynosi mniéj więcéj 1 cm. Na niéj jest uczepiona na cienkiéj szyjce narośl również ciemnego koloru, jak owa wypukłość o gładkiéj powierzchni, wielkości małego jajka ptasiego posuwająca się czubkiem ku środkowi gałki i tamże ze siatkówką zrośnięta.

Przy badaniu drobnowidowém rozpoznać można tak samo jak i w poprzednim preparacie wielką ilość podłużnych wrzecionowatych komórek, lecz prawie bez podścieliska przy sobie leżących, a komórki te także lubo nie tak mocno jak w pierwszym przypadku napełnione są barwikiem, który miejscami i między komórkami jest widoczny; a i tu jak w poprzednim preparacie proces patologiczny z blaszki elastycznéj bierze swój początek. Uwzględniając więc wynik powyższego badania, nazwiemy narośl jaką ta gałka zawiera, mięsakiem czerniakowym *(Sarcoma melanodes)*.

W obydwóch przypadkach wyszły narośle z okolicy plamki żółtéj, a jednak cała siatkówka oderwaną została, czemu nie odpowiada właśnie spostrzeżenie Beckera, który zauważył, że nowotwory w pobliżu plamki żółtéj powstałe, nie sprawiają oderwania siatkówki. Lecz więcéj jeszcze uderza ta okoliczność, że jak to badanie drobnowidowe wykazało, nowotwory te blaszce szklanéj *(lamina vitrea)* naczyniówki zawdzięczają swój początek, a przybłonek barwikowy pokrywający tę blaszkę na wewnątrz dostarcza narośli barwika.

Na pytanie, z czego rozmaite formy mięsaków powstają, autorowie odpowiadają rozmaicie. Wecker w Paryżu twierdził, że powstają z komórek wyszłych z naczyń, inni zaś, że tkanka komórkowa *adventitiae* większych naczyń naczyniówki daje naroślom pierwiastek, podczas kiedy dwa przypadki opisane przez prof. Michela (*Graefes Archiv Band* 24, 1, pag. 131) wykazywać się zdają, że *lamina elastica* może wytwarzać tkankę łączną i chrząstkową, a tém samém wyradzać narośle włókniste i chrząstkowe. Za zdaniem na powyższém spostrzeżeniu opartém przemawiają moje dwa przypadki. Gdy zaś tak te jak i inne im podobne wywołują częściowo objawy jaskrze właściwe, przeciw któréj przy zupełnym zaniku wzroku łatwo inne nasuwają się operacyje, a mam tu na myśli oprócz irydektomii i skleretomii, operacyję tyle w nowszych czasach zalecaną mianowicie przez Schölera, to jest: *Neurotomia optica ciliaris*, wykazują przedstawione Panom co dopiero przypadki, jak bezskutecznemi musiałyby być powyższe sposoby leczenia a przestrzegają zarazem przeciwników wyłuszczenia gałki, aby za daleko nie posuwali chwalebnych zresztą zamiarów zachowawczych, bo tylko wyłuszczenie gałki usuwa w przypadkach tak podejrzanéj natury jak nasze, nie tylko dolegliwości, ale nadto zapobiega dalszemu szerzeniu narośli. Mianowicie drugi nasz przypadek jest pod tym względem pouczającym, gdyż żadne objawy przed rozwinięciem się zupełném zaćmy nie naprowadzały na przypuszczenie prawdopodobnego rozwoju nowotworu. Zaćmienie soczewki już istniejące nie dozwalało subtelnego zbadania wszelkich części głębi oka. Mimo wytwarzania się nowotworu chora widziała aż do chwili prawdopodobnie, gdy skutkiem potoczenia się w kałużę siatkówka po części przez nowotwór odczepiona, zupełnie oderwaną została.

II. Leczenie wiewióra przewlekłego.

Napisał Dr. Ź. Krówczyński we Lwowie.
(Rzecz czytana na posiedz. sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic.)

(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Na zakończenie powinniśmy jeszcze wspomnieć, w których przypadkach badanie i leczenie przy pomocy endoskopu jest wskazane i kiedy je wykonywać należy. Co się tyczy badania endoskopem, to ono powinno być przedsiębranem w każdym przypadku przewlekłego wiewióra, którego przebieg z jakiegokolwiek powodu nie jest prawidłowym; stąd wynika, że możemy badać endoskopem już nawet w pierwszych tygodniach istnienia wiewióra, którego objawy od samego początku były bardzo słabe, co się najczęściéj zdarza u takich chorych, którzy poprzednio ostre wiewiory miewali. Jeżeli przewlekły wiewiór jest następstwem ostrego, w takim razie w szóstym lub siódmym tygodniu jego istnienia bez obawy badać możemy endoskopem.

Zbadawszy stwierdzamy stan, a mianowicie, czy cierpienie jest rozlane i zajmuje większą przestrzeń, lub też jest ograniczone do jednego lub kilku miejsc. W pierwszym razie rezultat badania jest wskazówką, że daléj takich środków używać powinniśmy, które działają właśnie na większą przestrzeń; w drugim razie leczenie przy pomocy endoskopu będzie jedynie racyjonalne. Najwłaściwszym sposobem postępowania, jak sądzę, jest następujący: Stwierdziwszy u chorego taki stan, który na badanie endoskopem zezwala przystępujemy do zbadania za pomocą sondy *à boule*, która wykrywa nie tylko zwężenia, ale niekiedy siedzibę chorobowego zajęcia cewki. Objawem, na którym przytém się opieramy, jest ból, w każdym razie objaw bardzo zwodniczy — stwierdziwszy ból zaznaczamy jego miejsce w celu, aby przy następném badaniu endoskopem szczególną uwagę zwrócić właśnie na siedzibę bólu. Tak zwężenie, jakotéż bolesne miejsce stwierdzamy pewniéj wyciągając sondę, aniżeli wpychając ją, a równocześnie przekonywamy się o wrażliwości badanego. Jeśli ta jest znaczna, przystępujemy następnym razem do zniesienia jéj, zwykle przyzwyczajamy pacyjenta do instrumentalnego leczenia, wprowadzając zwyczajne sondy sprężnikowe lub metalowe. Gdy badany nie jest zbyt wrażliwym, przystępujemy przy powtórném widzeniu chorego do zbadania endoskopem i odpowiedniego leczenia.

Dotąd rokowanie w przewlekłym wiewiórze co do trwania choroby i wyleczalności było bardzo niepewne; endoskop ułatwia nam takowe niewątpliwie. Znajdując zmiany właściwe zapaleniu zwykłemu, ma się rozumieć korzystniéj rokować będziemy, aniżeli w przypadkach zapalenia brodawkowego lub ziarnowego, a leczenie znacznie krócéj trwać będzie w pierwszym razie, aniżeli w obu następnych, a najdłużéj w przypadkach wytwarzającego się zwężenia.

Po tém, co dotąd powiedziałem, sądzę, że można sobie wyrobić zdanie o wartości endoskopu w ogólności, a przedewszystkiém o wartości leczniczéj, któréj prawdopodobnie nie przeceniłem podając, że leczenie za pomocą endoskopu jest najskuteczniejsze ze wszystkich dotychczasowych sposobów leczenia miejscowego. Niewątpliwie badanie i leczenie endoskopem jest trudnem, wymaga wprawy i pochłania dużo czasu, ale jest najracyjonalniejsze i dobrze świadczy o zabiegach lekarza. W ostatnich kilku miesiącach rozgłaszały dzienniki lekarskie, że największy niedostatek, jaki daje się

uczuwać przy badaniu jam, usunięty został pozornie nowém odkryciem. Owym niedostatkiem bywa, jak wiadomo, siła światła. Używanie światła odbitego wielu nie zadowolało, nic więc dziwnego, że wielu myślało nad tém, w jaki sposób możnaby oświetlić jamę bezpośrednio, a nie pośrednio, jak to obecnie się dzieje przy użyciu światła odbitego. Pierwsze próby bezpośredniego oświetlenia cewki robili Cazenave i Ratier, kierując wzmocnione światło lampy na dolną powierzchnię prącia, a wprowadzona rura do cewki, nakształt naszych endoskopów zrobiona, umożliwiała przypatrywanie się oświetlonéj części cewki. Ma się rozumieć, że oświetlenie to było bardzo niedostateczne tak do celów terapeutycznych jakoteż dyjagnostycznych. Słusznie więc zapomniano o tym sposobie, ale nie zapomniano o zasadzie. Splanchnoskopija Milliota, czyli oświetlenie części jamy brzusznéj, polega na prześwietlaniu, a źródłem światła bywa bateryja elektryczna Middeldorpfa. Lazarewicz jest twórcą metody, zwanéj diaphanoskopiją, która miała służyć do badania kobiecéj miednicy; wreszcie Bruck oświecał przy pomocy bateryi Middeldorpfa tylną ścianę pęcherza, wprowadzając odpowiedni wziernik do kiszki odchodowéj u mężczyzn, a do pochwy u kobiet. Drut rozpalony do białości był źródłem światła, a rozgrzaniu zapobiegał on przez oziębianie wodą ścian wziernika, przez kateter zaś z zakrzywieniem Merciera oglądał oświetloną ścianę. Znacznem ulepszeniem na tém polu był elektryczny polyskop Trouvego. Używal on bateryi polaryzacyjnéj Plantego, za pomocą któréj rozpalał drut stałym prądem. Drut o średnicy $^1/_4$ — $^1/_8$ milimetra rozpalony do białości nie wytwarza tak wiele ciepła, aby ono badaniu przeszkadzało, a gdy wytworzone ciepło jest silne, przerywa Trouve prąd, a przezto znosi źródło ciepła i ochładza aparat. Przed kilku wreszcie miesiącami wystąpił Maks. Nitze ze swoim wynalazkiem przed Tow. lek. wied. i przedstawił aparaty wykonane przez Leitera, które na téj saméj zasadzie polegają, co przyrządy używane przez Trouvego, a różnią się tylko tém, że ochładza je zimno ciągle płynącéj wody przez odpowiednie rury. Rezultaty badania tym sposobem miały zadowolić prof. Dittela, a przyszłość okaże, o ile one przewyższają rezultaty badań endoskopijnych. O ile wynalazek Nitzego jest samodzielnym, odkryje przyszłość i spór toczący się obecnie. Dzisiaj, gdy o tych badaniach zaledwie krótkie doniesienia posiadamy, trudnoby wyrokować o wartości jego; a jakkolwiek o zastosowywaniu w wiewiórze nic powiedzieć nie umiem, sądziłem, że wzmianka o najnowszych odkryciach nie będzie zbyteczną.

Na zakończenie niechaj mi wolno będzie serdecznie podziękować Drom Jasińskiemu i Berezowskiemu za to, że ofiarując mi obfity materyjał szpitala więziennego, o wiele zwiększyli materyjał, jakim rozporządzalem i rozporządzam, a przedewszystkiém ułatwili poznanie budowy cewki prawidłowéj.

Najważniejszém prawidłem terapii nowoczesnéj jest indywidualizowanie, prawidło wygłaszane jeszcze przez Hipokratesa, które długo nie było uwzględniane. Historyja medycyny tłumaczy, dla czego o indywidualizowaniu zapomniano i ona wykazuje, że w ostatnich czasach nihilizm terapeutyczny był przyczyną, że najmniéj o tém pamiętano. Ale tenże sam nihilizm w dalszém następstwie wywołać musiał i wywołał potrzebę indywidualizowania, potrzebę, którą więcéj niż kiedykolwiek odczuwamy. Indywidualizowanie jest powodem, że nawet przy leczeniu choroby czysto miejscowéj musimy się uciekać do używania środków na cały ustrój działających, jeżeli leczenie ma być skuteczne. Dzisiaj bowiem wiemy, że stan ogólny zawsze wpływa na chorobę miejscową i że dla dokładnego pojęcia o ostatniéj koniecznie potrzeba uwzględnić grunt, na którym choroba miejscowa się rozwija. Gdybyśmy o indywidualizowaniu nie zapominali, ochronilibyśmy się od błędów, w które największe nawet powagi popadają upatrując, jak to np. Zeissl w ostatniéj swéj pracy o wiewiórze czyni, prawie wyłączną przyczynę wiewióra chronicznego w zajęciu chorobowém gruczołu przyprątnego. W pierwszéj części rozprawki wspominałem, że przyczyną przewlekłego wiewióra bywają choroby narządów już to w bezpośrednim stosunku z cewką zostających, już też organów oddalonych. Za daleko odbiegłbym od pierwotnego założenia, gdybym starał się wykazać o ile choroby narządowe niekorzystnie na trypra wpływają i w jaki sposób je usuwać należy; wydaje mi się to zresztą zbytecznem, bo w leczeniu zazwyczaj je uwzględniamy a szczególnie choroby narządów zostających w bezpośrednim związku z błoną śluzową cewki. Znacznie rzadziéj zwracamy uwagę na choroby ogólne ustroju, z powodu których przewleka się wiewiór. Nie będę udowadniał, że rzeczywiście między zboczeniami miejscowemi a chorobami ogólnemi istnieje najściśléjszy związek i że choroby ogólne na miejscowe cierpienia zawsze oddziaływają. Związek ten jest bardzo widoczny, ale przyczyna oddziaływania często nie wytłumaczalna. Łatwo pojmujemy np., że przy leczeniu wiewióra chociażby najracyjonalniejszém cierpienie cewki nie ustępuje, gdy u leczonego objawy niedokrewności są znaczne, ale w jaki sposób inne choroby ustrojowe, skazy krwi i chery oddziaływają, nie umiemy wytłumaczyć, bo często nie wiemy, na czém te ogólne choroby polegają. Może i pod tym względem odda nam endoskop w przyszłości usługi, jeśli wykaże, że pewne zmiany na błonie śluzowéj cewki towarzyszą danym cherom i skazom. Obecnie jednak musimy w powyższych przypadkach leczyć miejscowo wiewióra i usuwać, o ile to w naszych siłach, skazy i chery środkami przeciwko ostatnim używanemi. Niektórzy lekarze uznający związek między chorobami ogólnemi a wiewiórem wprowadzili w leczeniu wiewióra leki skuteczne przeciwko skazom i cherom, stosując je miejscowo w postaci wstrzykiwań. Widocznie wychodzili oni z błędnego założenia, że te same leki, które usuwają ogólne choroby, powinny być skuteczniejsze w leczeniu miejscowém wiewióra, niż te leki, któremi zazwyczaj się posługujemy. Odtąd datuje się zwyczaj wstrzykiwań przetworów jodu u zołzowych, żelaza u niedokrewnych itd., który niczém nie jest usprawiedliwiony, albowiem te leki o tyle są skuteczne, o ile miejscowo działają ściągając lub drażniąc błonę śluzową cewki. Rzeczywiście usprawiedliwionem a często bardzo skutecznem jest używanie kąpieli slonych jodowych morskich jakoteż hydroterapeutyczne leczenie chorób ogólnych, komplikujących i podtrzymujących wiewióra. Nie mam zamiaru wyliczać wskazań leczniczych ani wykazywać w jakich przypadkach wyszczególnione sposoby leczenia są odpowiedniemi a wolno mi się ograniczyć do tych ogólnych uwag, tém bardziéj, że celem ich jest przypomnienie, iż leczenie czysto miejscowéj choroby, jaką jest wiewiór, przecież niekiedy zawodzi, chociaż sposoby miejscowego leczenia są bardzo udoskonalone.

III. Oceny i sprawozdania.

O. Lassar: O zaziębieniu.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Berlinie w d. 19 listopada r. z. Dr. Lassar podał wynik nowych własnych doświadczeń fizyjologicznych co do zaziębienia. Doświadczenia te miały na celu wykazać, czy i jakim zmianom patologicznym ulega organizm zwierzęcy w skutek działania silnéj a nagłéj zmiany ciepłoty zewnętrznéj. Poddane zostały doświadczeniom zwierzęta zdrowe, mianowicie króliki i młode psy. Jak wiadomo króliki ogolone lub ostrzyżone lub pozbawione sierci za pomocą siarkowodanu wapna znoszą ten stan wcale dobrze, skoro je tylko ochronimy od zbytniéj utraty ciepła. Dr. L. pozostawiał króliki w ten sposób pozbawione sierci przez 15—20 godzin w miejscu ogrzaném do 34—35° C. W takich warunkach ciepłota ciała tych zwierząt zwykle się podnosi o $^1/_2$—1° C., gdy zresztą nie spostrzega się żadnych zmian patologicznych w głównych narządach ustrojowych, ani też zmian co do wydzielania moczu. Inaczéj się jednak rzecz ma, gdy królika w ten sposób zanurzymy nagle aż po szyję do naczynia napełnionego wodą jak lód zimną i gdy go w téj łaźni zatrzymamy przez 1—3 minut. Natenczas ciepłota w odbytnicy zrazu znacznie opada (wedle czasu zanurzenia aż do 32° C.), zawsze jednak poniżéj granicy prawidłowéj. Należycie osuszone i otarte zwierzę i wystawione na działanie ciepła słonecznego lub téż ciepłego pieca marznie czasem jeszcze przez kilka godzin, jak to znać po kurczach cząstkowych mięśni, po dreszczach ogólnych i po skurczeniu się w kłębek. Następnie w miejscu ogrzaném do 20° C. zwierzę ochlania ze strachu, przyjmuje pokarm i ma się na pozór wcale dobrze. Niekiedy występują biegunki przemijające. Prawie niechybnie jednak po upływie jednego lub dwóch dni okazuje się zrazu nader lekki, późniéj coraz to silniejszy, wreszcie bardzo silny białkomocz ze stosunkowo nieznaczném wydzielaniem wałeczków szklistych. Równocześnie ciepłota ciała mianowicie w odbytnicy podnosi się o 1·5 po nad prawidłową. Wydzielanie białka w moczu w niektórych przypadkach trwało tylko kilka dni, następnie powoli się zmniejszało, a wreszcie zupełnie ustawało. W innych zaś przypadkach trwało przez tygodnie i miesiące aż do śmierci. Gdy jednak zwierzę, które po białkomoczu wyzdrowiało, znowu się naraża na zaziębienie, stan ten może powrócić. W ten sposób udało się u dwóch królików po trzykroć wywołać białkomocz. Badanie drobnowidowe okazało jako wynik zaziębienia rozwój zapalenia śródmiąższowego, głównie w nerkach i w wątrobie, jednak także w płucach, w sercu i w powłokach nerwów. Skóra sama, chociaż najsilniéj i bezpośrednio dotknięta, nie doznała jednak nigdy nadwerężenia, raz tylko w miejscu przy ogoleniu skaleczoném powstał sztuczny wyprysk. Mięśnie okazały nieraz zabarwienie czerwone, natomiast nigdy ani pomnożenia ziarn śródmiąższowych, ani tych, jakie się mieszczą w omięsnéj (*sarcolemma*). Stawy pozostały zawsze zupełnie wolne. Miąższ organów uległych zapaleniu z wyjątkiem lekkich miejscowych stłuszczeń, jakie nieraz i w zdrowym ustroju zwierzęcym napotkać się zdarzy, nie okazywał żadnych zboczeń. Nigdzie nie postrzegano rozpadnięcia się lub zwyrodnienia, ani w pierwszych dniach ani też po tygodniach lub miesiącach. Natomiast naczynia, mianowicie w płucach i w wątrobie, były nieraz ogromnie rozszerzone, tętnice wypełnione zakrzepami, w sąsiedztwie żył jakotéż w tkance łącznéj śródmiąższowéj miejscowe nagromadzenie białych ciałek krwi w skutek wędrówki tychże.

Tyle co do faktów samych, któremi autor tyle tylko chce stwierdzić, że w skutek nagłych zmian ciepłoty zewnętrznéj rzeczywiście nastąpić mogą zmiany patologiczne w organizmie. Zarzut możliwy, jakoby samo pozbawienie sierci było przyczyną dostrzeganych zboczeń, autor tém zbija, iż te same zmiany wywołane być mogą u zwierząt nieogolonych, że daléj zwierzęta ogolone lecz ochronione od zbytniéj utraty ciepła pozostają przy zdrowiu. W ten sam sposób doświadczenia udały się na młodych psach; starsze psy, jak autor twierdzi, są zbyt zahartowane wobec nagłych zmian ciepłoty.

Z faktów powyższych autor wysnuwa następującą teoryję: krew nagle oziębiona zapędza się do części wewnętrznych i tam działa jako czynnik zapalny. W skutek zapalnéj zmiany przepuszczalności naczyń następuje emigracyja białych ciałek krwi. Jeśli ta infiltracyja dokonaną zostaje w sam miąższ gruczolowy, wyniknąć ztąd musi wydzielanie białka. W danym przypadku, gdy dotknięte były nerki i wątroba, mocz i żółć zawierały białko. (*Virchows Archiv f. path Anat. u. Physiolog* z 15 stycznia 1880).

(Uznając zupełnie ważność powyższych doświadczeń chcielibyśmy tylko kilku słowami naznaczyć ich doniosłość w obec tyle spornéj kwestyi „o zaziębieniu.“ Nie wchodząc wcale w teoryję fizyjologiczną zaziębienia możemy, o ile nam się zdaje, na podstawie codziennéj obserwacyi orzec, iż w skutek oziębienia powierzchni ciała zaziębienie wtedy tylko ma miejsce, jeżeli po działaniu niższéj ciepłoty zewnętrznéj oddziaływanie naszego organizmu, t. zw. reakcyja, nie następuje szybko i należycie, tj. jeżeli po chwilowéj niedokrewności i chwilowém oziębieniu powierzchni ciała nie następuje odpowiednie przekrwienie i ogrzanie téjże powierzchni. Dzieje się to wtedy, jeżeli albo:

a) niższa ciepłota działa tak lekko, zwolna i nieznacznie, że organizmu naszego wcale do oddziaływania nie pobudza (zaziębienie w skutek nieznacznych na pozór przyczyn);

b) jeżeli przy działaniu miernego zimna oddziaływanie nie następuje dla braku sił lub z innych przyczyn (łatwe zaziębienie się osób wątłych, podczas snu, przez zaniedbanie wszelkiego ruchu po zimnéj kąpieli itd.)

c) wreszcie przy działaniu tak nadzwyczaj silném zimna, iż wszelkie oddziaływanie staje się niedostateczném (pobyt kilkogodzinny w zimnéj wodzie u robotników, wpadnięcie do wody po załamaniu się lodu itd.) Otóż mając na oku wątłość użytych do doświadczeń zwierząt i stosunkowo nadzwyczaj silne działanie zimna, musimy doświadczenia Dra L. zaliczyć do wypadków téj trzeciéj kategoryi. Mogłyby one zatém służyć do wyjaśnienia patogenezy tych znanych choć i stosunkowo nie bardzo licznych przypadków, w jakich ciężkie choroby różnego rodzaju mianowicie *myelitis*, *nephritis acuta* itd. powstały przez nader silne przeziębienie. Co się tyczy wywodu, jakoby nagły nawał krwi oziębionéj do wnętrza ciała był przyczyną zapalenia, nie możemy się na to zgodzić ze względu na to, iż osoby, u których serce i tętnice są prawidłowe, nawał taki łatwo znoszą i bez szkody, skoro tylko potém następuje odpowiednie oddziaływanie (przyspieszone przez ruch, nacieranie skóry itd.)

Do wyjaśnienia patogenezy najczęstszych, codziennych przypadków lżejszego zaziębienia doświadczenia Dra L. nie zdają się być zdatnemi. Co do ogólnéj teoryi o zaziębieniu

nie przemawiają one ani za teoryją nerwową ani za teoryją zakaźną, prędzéj może za jakąś przyszłą teoryją fizyczno-fizyjologiczną. Wreszcie chcielibyśmy jeszcze zwrócić uwagę na to, że gdy doświadczenia fizyjologiczne Dra Browicza wykazały możność pierwotnego zapalenia miąższowego nerek, doświadczenia Dra L. również na królikach wykonane okazały możność pierwotnego zapalenia śródmiąższowego nerek). *Dr. Gumplowicz.*

Prof. Dr. Pick. **O działaniu Olei gynocardiae** (*Chaulmoogra Oil*) **w chorobach skóry.**

Oleum gynocardiae otrzymuje się przez wyciskanie nasion rośliny *gynocardia odorata R. Br.*, *Chaulmoogra odorata Roxb.* Roślina ta należąca do rodziny *Bixaceae*, *Pangieae* rośnie w lasach półwyspu Malajskiego i Indyj zachodnich. Nasiona kształtu migdałów, zaokrąglone, trójkanciaste, otoczone są brunatno-żółtą osłoną i posiadają jądro czarne. Nasiona posiadają smak oleisty, korzenny i sprawiają drapanie w gardle długo się utrzymujące, zawierają 15% olejku. Olejek tłusty posiada 0·900 C. gt., tężeje niżéj 21° C. a przy 32° C. staje się zupełnie płynnym; w tym stanie jest barwy żółtéj lub czerwono-żółtéj, smaku tego samego jak nasiona. Grubo sproszkowane nasiona podaje się w pigułkach po 6 gr. 3 razy dziennie, dawka ta jednak może być 3—4 razy zwiększoną. Jeżeli w ilości téj sprawiają choremu nudności, należy dawkę obniżyć. Olejek podaje się w ilości od 5—6 kropli zwolna postępując do ½ a nawet do całéj drachmy. Tak olejek jak i nasiona mogą być także miejscowo stósowane. Tak w Indyjach jak i w Chinach olejek ten bywa nietylko w trądzie *(lepra)* z bardzo pomyślnym skutkiem stósowanym, ale w ogóle we wszystkich cierpieniach polegających na zakażeniu krwi, szczególniéj zaś w cierpieniach skóry i w kile.

Pick doświadczał tylko skuteczności olejku wcierając go w skórę, już to bez żadnych przymieszek, już téż łącząc go z równemi częściami tłuszczu lub waseliny. Maść tę na płótnie roztartą stósowano na skórę. Jednorazowe wtarcie olejku w skórę zdrową nia sprawia zazwyczaj żadnych zmian lub co najwięcéj wywołuje lekkie pieczenie albo mrowienie; kilkakrotnie jednak i to w krótkich po sobie odstępach wtarty, wywołuje on sztuczny wyprysk. Jeżeli się zaniecha w tym czasie nacierania, skóra wraca do prawidłowego stanu. To samo dzieje się, jeżeli olejek stósujemy w postaci maści na płótnie rozpostartéj; w tym razie zmiany na skórze przedstawiają się w wyższym stopniu. Olejek stósowany na skórę delikatną lub zmacerowaną jest w stanie wywołać głębokie owrzodzenia. Wewnętrznie podaje się olejek płynny (przy ciepł. 21° C. tężeje a przy 32° C. staje się płynnym) kroplami lub w kapsułkach. Dwadzieścia kropel podane człowiekowi dorosłemu ze zdrowym przewodem pokarmowym sprawiają nieprzyjemny smak w ustach i drapanie w przełyku. W 15—20 minut występują nudności, chęć wymiotowania, a często następują wymioty. Prawie zawsze po 1—2 godzinach nastaje stolec obrzedni bez boleści. Wszystkie wymienione przypadłości ustają po 2, 3 godz. nie pozostawiając po sobie żadnych zboczeń, mocz prawidłowy. U dzieci niżéj lat 10 objawy powyższe występowały już po użyciu 8—10 kropel. Inne znowu osoby znoszą lek ten wyśmienicie, bo 20—30 kropel dwa razy dziennie podane nie sprawiały żadnych dolegliwości. Jeżeli ten olejek podanym został w kapsułkach, nie wywoływał on wtenczas drapania w gardle i przykrego smaku w ustach, inne zaś przypadłości jakkolwiek nieco późniéj zawsze jednakowoż pojawiały się.

Odpowiednio zatém do własności leku podawano go w następujących dawkach: dzieciom polecano używać dwa razy dziennie po 5 kropel zwolna postępując o 1 kroplę co drugi dzień aż do 10—12 kropel, przyczém poczynają występować nudności. U dorosłych rozpoczynano od 10 kropli a dochodzono do 20 a nawet do 30. Chorzy lepiéj lek znosili podawany w kapsułkach po 1·00, których 1—2 dziennie spożywali. Olejku gynocardiae używano w wyprysku *(eczema)*, świerzbiączce *(prurigo)* i liszaju żrącym *(lupus)*. Do doświadczeń wybierano tego rodzaju przypadki, w których były przypady zołzów. We wszystkich przypadkach wyprysku, w których Pick stósował tak zewnętrznie jak i wewnętrznie olejek gynocardiae, zauważano tylko pogorszenie przypadów. W przypadkach jednak zastarzałego wyprysku u osób dorosłych, objawiającego się znaczném zgrubieniem skóry, przez miejscowe stósowanie olejku cierpienie o tyle się polepszało, iż przebieg stawał się krótszym. W 5 przypadkach świerzbiączki, w których przez 4 tygodnie stósowano lek w mowie będący tak zewnętrznie jak i wewnętrznie, nie tylko że skutku żadnego nie było, ale leczenie musiało być przerwaném z powodu pojawienia się wyprysku po wewnętrznéj stronie odnóg prawéj strony. W 6 przypadkach liszaja żrącego, którym towarzyszyły objawy zołzów, stósowano olejek Chaulmoogra tak zewnętrznie jak i wewnętrznie z niezbyt zachęcającym skutkiem; albowiem w dwu przypadkach *lupus hypertrophicus* po 3—4 razowém zastósowaniu olejku gynocardiae w postaci maści wystąpiły tak silne bóle i zadrażnienie skóry, iż odstąpić musiano od dalszego stósowania tego środka, ograniczając się tylko do wewnętrznego podawania. W innych 4 przypadkach osiągnięto zniszczenie nacieków liszaja podobnie jak po ciaście arsenowém lub kwasie pyrogallusowym. Jakkolwiek za mała jest jeszcze liczba przypadków, aby módz już teraz wyrzec stanowcze zdanie, tyle jednak powiedzieć można, że leczenie tym środkiem liszaja żrącego nie zapobiega powrotom cierpienia. W 9 przypadkach rzeżączki cewki moczowéj oleum gynocardiae stósowane wewnętrznie w kapsułkach 2 razy dziennie po 1 gram. obok miejscowego wprowadzania stoczków (*Oleum gynocardiae et Butyr. cacao aa.*) do cewki moczowéj, nie sprowadziło żadnego polepszenia. W 1 tylko przypadku przewlekłéj rzeżączki nastąpiło wyleczenie w przeciągu 4 tygodni. (*Mittheil. d. Vereines d. Aerzte in N. Oestr.* 1880, Nr. 3).

Sprawozdawca stósował tak miejscowo jak i wewnętrznie *oleum gynocardiae* w jednym przypadku kiły wczesnéj. Dla wskazania, jak lek ten działa, podaje w krótkim streszczeniu opis tego przypadku:

Michał A., krawiec przyjęty na oddział syfilityczny d. 3 sierpnia 1879 r. przedstawiał w dniu przyjęcia następujące zmiany: *Sclerosis initialis exulcerans insignis ad internam faciem praeputii, Exanthema syphil. papulosum per totum corpus dispersum. Polyscleradenitis universalis minoris gradus.* Zastósowano trzy razy dziennie po 8 kropel olejku Chaulmoogra, obok przykładania miejscowego na wrzód szmatki tymże samym olejkiem zwilżonéj. Olejek, który łaskawie udzielonym mi został przez p. A. Siedleckiego aptekarza, sprawiał choremu lekki niesmak w ustach i bardzo mierną biegunkę obok uczucia ciepła w żołądku; po miejscowém stosowaniu olejku na wrzód niezauważano żadnych tego rodzaju objawów zadrażnienia, któreby nas skłonić mogły do zaniechania dalszego jego używania. Chory w powyższy sposób leczonym był do dnia 1 Września 1879

r. a gdy po tym czasie widziano tylko polepszenie się wrzodu stwardniałego, wysypka zaś niezmiennie utrzymywała się, dokończono leczenia za pomocą wcierań szaruchy.

Jakkolwiek z jednego przypadku nie można jeszcze stanowczo orzec o skuteczności lub nieskuteczności jakiegoś leku, mimo to jednak przypadek opisany nie zachęcił nas bynajmniéj do dalszych doświadczeń. *Z.*

Dr. Urbantschitsch (w Wiedniu): **O obrażeniach przyrządu słuchowego pod względem sądowo-lekarskim.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

3. Wstrząśnienie błędnika może sprawić przemijające lub trwałe zakłócenie wrażliwości nerwu słuchowego; wstrząśnienia takie pochodzić mogą z tych samych przyczyn co i pęknięcie błony bębenkowéj. Natychmiast po urazowém obrażeniu n. słuchowego obrażony doznaje różnych podmiotowych wrażeń słuchowych, tudzież zawrotu, nudności i wymiotów. Najważniejszym objawem jest przytępiony słuch przy zmniejszoném przewodnictwie kostném. O objawach przedmiotowych można powiedzieć, że brak takowych zupełny jest poniekąd dla cierpienia tego cechującym. Cierpienie błędnika możemy zatém wtenczas rozpoznać, jeżeli obok przytępionego słuchu obrażony nie doznaje również wrażeń od strojnika, niemniéj jeżeli bezpośrednio po urazie wystąpiły wyżéj wzmiankowane przypady podmiotowe. Rokowanie w cierpieniu tém jest zazwyczaj niepomyślne, orzeczenie lekarskie musi jednak w przypadkach takich być bardzo oględném, gdyż stępienie słuchu lub głuchota, na których przeważnie opieramy rozpoznanie cierpienia nerwu słuchowego, mogą być także udawane. Jak odróżnić głuchotę udaną od rzeczywistéj? *a)* Udawaną głuchotę jednostronną bardzo łatwo można wykryć sposobem Moosa; zatkawszy szczelnie ucho zdrowe przytyka się brzmiący strojnik do kości głowy; jeżeli badany twierdzi, że nic nie słyszy, to już się zdradził, gdyż uchem zdrowém powinien był doznawać wrażeń słuchowych od strojnika. *b)* Można także zatkawszy ucho zdrowe próbować, w jakiéj odległości badany słyszy np. głośną mowę badającego; jeżeli podaje, że dość głośnéj mowy nie słyszy w bezpośredniéj bliskości ucha niby chorego, to mamy przed sobą głuchotę udawaną, gdyż mimo zatkania ucha zdrowego powinien chory na nie słyszeć. *c)* Dla odróżnienia udawanego niedosłyszenia od rzeczywistego można się posłużyć następującym sposobem: oznaczywszy poprzednio ściśle odległość, w jakiéj badany słyszy jeszcze dokładnie pewne słowo, zawięzuje się mu oczy i bada wymawiając toż samo słowo równie głośno w rozmaitych oddaleniach od ucha niby niedosłyszącego. Udający tak się zwykle mięsza, że częstokroć podaje, jakoby słyszał to samo słowo w znacznie większéj odległości a nie słyszał w małéj itp. *d)* Sposoby Lucaego i L. Müllera polegają na tém, że symulant słysząc szybko powtarzane słowa to do zdrowego to do wrzekomo głuchego ucha, rychło się męczy, mięsza i w odpowiedziach wikła, powtarzając słowa te, których uchem niedosłyszącém słyszećby nie powinien. *e)* Preusse zastósował do wykrycia symulacyi jednostronnéj głuchoty telefon; mianowicie człowiek dobrze na oba uszy słyszący odnosić ma wrażenia słuchowe, wywołane za pomocą przyłożonych do uszu telefonów połączonych z bateryją elektryczną do tyłogłowia, co przy jednostronnéj głuchocie ma być niemożebném (Thompson). *f)* Coggin używa w tym celu t. zw. słuchawki dwuusznéj. *g)* Łatwiejsze jest wykrycie symulacyi obustronnéj głuchoty, zwłaszcza przy dłuższéj obserwacyi. Wilde podaje, że częstokroć ludzie wrzekomo na obydwa uszy głusi natychmiast odpowiadają, jeśli ich zapytamy, jak długo trwa ich cierpienie itp.

Co się tyczy odpowiedzi na zapytanie sądu, czy upośledzenie słuchu w pewnym przypadku przeminie lub pozostanie trwale, tudzież czy upośledzenie to uważać należy za ciężkie lub lekkie, namienić tu należy, że bynajmniéj nie zawsze po pierwszém już badaniu lekarz może wydać orzeczenie stanowcze, owszem do tego potrzeba niekiedy 2—3 miesięcznéj obserwacyi.

4) Wstrząśnienie ośrodka słuchowego (przez uderzenie w głowę) mogłoby wtenczas tylko być wziętém pod uwagę, gdyby dopiero w pewnym czasie po urazie rozwinęły się przypady zakłóconego słuchu. Urbantschitsch przytacza np. przypadek prawdopodobnego wstrząśnienia ośrodka słuchowego, w którym u 7-letniéj dziewczynki po lekkiém uderzeniu w czoło pojawiły się przypady zakłóconéj równowagi a dopiero po 8miu dniach nagle rozwinęła się zupełna trwała obustronna głuchota.

(Dokończenie nastąpi.)

Dr. Lewinstein. **O morfinicy.**

Autor, znany z prac swych nad morfinicą, podaje w krótkości niektóre szczegóły choroby téj dotyczące, jakie zebrał od czasu ostatniego wydania większéj swéj w tym kierunku pracy. Prócz znanych zboczeń towarzyszących również przewłocznemu zatruciu makowcem, postrzegał L. u indywiduów okazujących objawy przewlekłego zatrucia morfinem także następujące: nierówność źrenic, zboczenia w zakresie akomodacyi, — obok braku apetytu niekiedy także uczucie wielkiego głodu i nienasyconego pragnienia, prócz objawów mózgowych (niepokój, przestrach, majaczenia itp.) także przypady zadrażnienia mlecza pacierzowego (*irritatio spinalis*), trzęsienie rąk itd., niekiedy także zboczenia w zakresie moczopłciowym, jak białkomocz, niezdolność płciową, brak miesiączki itp. Zauważał także trzy postacie t. zw. gorączki morfinicowéj, z których pierwsza występuje jako typowa zimnica malaryczna z silnemi napadami gorączkowemi, obrzmieniem śledziony itp., druga cechować się ma nieznacznemi tylko codziennemi nasileniami gorączki, trzecia zaś przedstawia objawy durzycowe. Wszystkie powyższe zboczenia znikają natychmiast po usunięciu morfinu najdaléj w tydzień. L. pozostaje przy dawnémi swém zdaniu, że morfin należy usuwać chorym morfinicowym nagle, nie zaś stopniowo ich od tego odzwyczajać, chyba że nam idzie o chorych dotkniętych cierpieniem ciężkiém, bolesném, nieuleczném. Chorym, którzy prawdopodobnie nie długo już żyć będą, nie należy wcale wzbraniać używania morfinu. U suchotników, tudzież u ludzi z rozedmą płuc, wadami serca, suchotami rdzenia pacierzowego L. radzi próbować t. zw postępowania zmodyfikowanego, mianowicie każe chorego odosobnić, przez 2—3 dni podawać mu jeszcze zwykłą dawkę morfinu, jakiéj chory poprzednio zwykł był używać, poczém nagle morfin się usuwa. Wyjątkowo tylko w takich razach występuje po 24 godzinach ogólny zapad, który należy natychmiast usunąć podając choremu np. 30tą, co najwyżéj dziesiątą część używanéj dawniéj na dobę przez chorego dawki; dawkę tę coraz bardziéj się zmniejsza aż do 0·03—0·01 grm. Są także chorzy morfinicowi, którzy po usunięciu morfinu okazują przypady ciężkiego schorzenia i

bez środka tego obyć się nie mogą; tym należy w takich razach podawać małe dawki morfinu. Pomiędzy 110 osobnikami okazującemi objawy przewłocznego zatrucia morfinem znajdowało się 82 mężczyzn i 28 kobiet, według zatrudnienia zaś 32 lekarzy (podupadłych), 8 żon lekarzy, 1 syn lekarza, 2 klasztorne dozorczynie chorych, 2 pomocników lekarskich, 1 akuszerka, 1 kandydat medycyny a więc 47 osób mających bliższy lub dalszy stosunek ze sztuką lekarską; stan oficerski dostarczył 18 mężczyzn i 1 żonę oficera; pozostała liczba rozkłada się na aptekarzy, kupców, fabrykantów, właścicieli itp. Najstarszy chory miał lat 65, najmłodszy 21. 12 mężczyzn stało się podczas tego cierpienia nałogowymi pijakami. Wielu chorych odwykłych na pewien czas skutkiem racyjonalnego postępowania leczniczego od używania morfinu podpada t. zw. nawrotowi choroby; tu należą zwłaszcza lekarze a w części i inni chorzy, mający często morfin pod ręką. Niekiedy dla zapobieżenia nawrotom niezbędną jest zmiana zatrudnienia, otoczenia itp. (*Berl. klin. Wchft.* 1880, N. 6.). *St. Sm.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) W czterech przypadkach puchliny jąder (*hydrocele*) wstrzykiwał Dr. Schätzke po wypuszczeniu cieczy 15 grm. 8%go rozczynu kwasu karbolowego. Dość silne zapalenie odczynowe i bolesność uśmierzał okładami lodowemi, po ustąpieniu zaś objawów zapalnych zakładał oprawę silnie uciskającą (na wzór Frickego). W krótkim czasie następowało wyleczenie trwałe (*Berl. klin. Wchft.* 1879, Nr. 39).

ss) Dr. Herzberg próbował z dobrym skutkiem chloralu przeciwko wymiotom u ciężarnych: Rp. Hydrat. chloral. 1·50, Aq. dest. 100·0, Syr. cort. aur. 20·0, MDS. Co 2 godz. po łyżce. Również skutecznym okazał się środek ten w nerwobólu żołądkowym. (*Deutsche med. Wchft.* 1880, Nr. 6).

ss) Dr. Rodionow (*St. Petersb. med. Wchft.* 1880 z d. 10 stycznia) donosi o doświadczeniach swych z kwasem karbolowym przeciw zimnicy. Środek ten podaje on w ten sposób: Rp. Inf. rad. gentianae 200·0, Acidi carbol. 0·20—0·35, co 3—4 godz. po łyżce; chory więc dostawał mniéj więcéj po dawném ziarnie kw. karbolowego na dzień. W $^2/_3$ w ten sposób leczonych przypadków napady zimnicze ustępowały i chorzy w krótkim czasie powracali do zupełnego zdrowia; w pozostałéj $^1/_3$ części przypadków chorzy wprawdzie po leku tym przez kilka dni nie miewali napadu zimniczego, ale wypuszczeni ze szpitala w krótkim czasie wracali z nowemi napadami. Nawroty te, zdarzające się i przy używaniu chininu, R przypisuje wpływowi niehigijenicznych stosunków, wśród których chorzy po opuszczeniu szpitali przebywali. Pod wpływem kwasu karbolowego najrychléj ustępowała zimnica codzienna, przeciw innym postaciom trzeba było dłużéj lek ten podawać. Między innemi postrzegano i takie przypadki, w których po podaniu 4—5 ziarn kwasu karbolowego znikały przypady żołądkowe, same zaś napady zimnicze ustępowały dopiero po zażyciu 0·50 chininu. W cięższych postaciach zimnicy możnaby zatém kwas karbolowy uważać jako środek pomocniczy chininu.

ss) T. zw. *garrulitas vulvae* polega na tém, że u niektórych kobiet powietrze dostające się w przyjaznych warunkach do pochwy, ulatuje ztamtąd z mniéj lub więcéj głośnym szelestem. Szmery te niekiedy podobne są do świstów, to znów do klaskania. Löhlein postrzegał je śród 750 przypadków ginekologicznych 8 razy; pomiędzy temi jedna tylko chora przybyła po poradę względem téj jedynie uciążliwości, 2 uskarżały się na przypad ten tylko mimochodem, u 5 zaś skonstatowano go z wywiadów. We wszystkich przypadkach objaw ten występował po pierwszym porodzie i to zazwyczaj w pierwszych już dniach. Jako przyczynę dostawania się powietrza atmosferycznego do pochwy wykazano 3 razy pęknięcia dolnéj części tylnéj ściany pochwowéj, w innych przypadkach sprzyjał temu niedostateczny rozwój warg większych i mniejszych, wiotkość ścian pochwowych po zaniedbanych pęknięciach częściowych międzykrocza itp. Powietrze dostaje się do pochwy najłatwiéj w takiéj pozycyi ciała, przy któréj ucisk śródbrzuszny jest zmniejszony (w położeniu na grzbiecie, pozycyi kolankowo-dłoniowéj itd.), wydobywaniu się zaś powietrza z szelestem sprzyja nagłe przejście w pozycyję, w któréj ucisk śródbrzuszny się powiększa. W jednym przypadku szelest taki powstawał zawsze, ilekroć chora z położenia kolankowo-łokciowego nagle się prostowała. Objaw ten nie ma wprawdzie większego znaczenia patologicznego, nie można go jednakże zupełnie lekceważyć, gdyż dostanie się powietrza do pochwy u rodzących i położnic mogłoby pociągnąć za sobą niepożądane następstwa. Powstawaniu przypadu w mowie będącego można jedynie zapobiedz staranném zeszyciem pęknięć nie tylko międzykrocza ale i pochwy, tudzież przez zachowanie należytego spokoju i podawanie posilnéj dyjety położnicom. Objaw ten już istniejący ustępuje tylko przemijająco po kąpielach nasiadowych.

J. Cappie Strand. Leczenie plamicy wybroczynowéj za pomocą środków ściągających i faradyzmu. Spostrzeżenie dotyczy 8 letniéj dziewczynki dotkniętéj ogólną plamicą, z krwotokami przez jamę ustną, nosową, odbytnicę a następnie przez pochwę. Skoro środki ściągające w początku stósowane nie odniosły najmniejszego skutku a chora wyniszczona do najwyższego stopnia pozostawała prawie bez żadnéj nadziei życia, zastósowano co dwie godziny przerywany prąd na całą powierzchnię skóry, przypuszczając iż działaniem na system nerwowy osiągnie się skurczenie naczyń krwionośnych. Skutek był natychmiastowym, krwotoki ustały, a odżywienie choréj przy dalszém odpowiedniém leczeniu znacznie się poprawiło. (*Annales de Dermatol. et de Syphiligr.* T. I, Nr. 1, 1880. *Z.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Sprawozdanie z Walnego Zebrania Sekcyi Lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk. odbytego dnia 19 Grudnia 1879 r.

Obecni: z zamiejscowych: Dr, Szostakowski z Krotoszyna, Dr. Koehler z Kościana i Dr. Szrant z Lwówka; z miejscowych: Drowie Kaczorowski, Świderski, Koszutski, Jarnatowski, Wicherkiewicz, Grodzki, Zielewicz, Święcicki, Kapuściński, Batkowski, Osowicki, Jerzykowski; jako gość Dr. Likowski.

Według zapowiedzianego porządku dziennego udali się zebrani o godzinie 12téj z południa do zakładu okulistycznego Dra Wicherkiewicza, w którego ambulatorium mieli sposobność spostrzegania rzadszych przypadków zapaleń skrofulicznych, egipskich itd. Przed wizytą zaś w zakładzie samym wykonał W. w obec zgromadzonych trzy operacyje, a mianowicie: 1) u M. Miłek, 20 lat liczącéj dokonał zabarwienia bielma dość znacznego prawéj rogówki zapomocą tuszu chińskiego. Chora, u któréj poprzednio zrobiono iridektomiję dla zupełnego zrostu źrenicy, po operacyi rozpoznawała palce na 10—12′, przez okulary zaś (stenopeiczne) był V. pr. = 18/70. Instrument Weckera, którego tu użyto, składa się z kilkunastu cienkich igiełek, ujętych zręcznie w oprawę. Narzędziem tém można w krótkim czasie dość znaczną ilość zrobić nakłóć w bielmie, na które się poprzednio wkłada tusz gęsto rozpuszczony. Zwykle jedno lub dwurazowe posiedzenie wystarcza do zabarwienia powierzchni nawet wię-

kszych, do których dawniéj używana igła rowkowa wymagała co najmniéj 6—8 posiedzeń.

2) Przedstawił Dr. W. dziesięcioletnią Pelagiję B. od urodzenia dotkniętą na obu oczach zaćmą (*catarracta congenita*). Przyjęta do kliniki chora ta nie widziała prawie nic i rozpoznawała zaledwie poruszenie ręki. Dnia 10 listopada wykonał W. dyscysyję obustronną z rozmaitym jednakże na obu oczach przebiegiem. W prawém oku już przy drobném nakłuciu przedniéj torebki wyciekła w przednią komórkę brudnawa ciecz, którą operujący wolno wyciągając igłę w części wydobył z oka. Reszta zaś już po tygodniu wessaną została, a po 2 tygodniach źrenica tak stała się czystą, że przy pobieżném oglądaniu nic nieprawidłowego w oku postrzedz nie było można, i chora widzi okiem tém dobrze. Mniéj szybkim był przebieg w lewém oku w którém dla nie dość szybko postępującego wessania kory soczewkowéj W. w przytomności zgromadzonych powtórzył dyscysyję, rozrzedzając po wejściu igłą do przedniéj komórki występującą znaczniejszą grupę soczewki zaćmionéj, poczém zaraz w znacznéj części źrenica stała się wolną, tak iż tém okiem dziewczę rozpoznawało dokładnie palce. Po operacyi zastrzyknięto atropin i odniesiono chorą do ciemnego pokoju.

Najwięcéj zajmującym był przypadek następujący: 3) Antoni P., 25 lat mający, dotknięty jest zaćmą urazową (*catarracta traumatica*) prawego oka, która powstała skutkiem wpadnięcia w oko jakiegoś odłamka podczas ostrzenia kamieni. Zrazu widział chory jeszcze nie źle, późniéj jednakże uważał, iż wzrok coraz więcéj słabnął, a w dniu przedstawienia się u Dra W. (10/11 1879) rozpoznawał palce tylko na 6—8′, następnie wzrok zesłabł tak dalece, iż chory rozpoznawał palce tylko tuż przed okiem. Dr. W. od pierwszego poznania się z chorym widział tylko maleńką plameczkę wielkości ziarnka maku w górnéj części rogówki, nadto torebkę soczewki w środku jakoby lekko pękniętą, a całą soczewkę w zamgleniu, które się z każdym dniem wzmagało, ciała zaś obcego nigdzie postrzedz nie mógł. Jeśli plameczka w rogówce była pozostałością po przekłuciu odłamkiem stali lub kamienia, natenczas stósownie do kierunku ciało obce musiało się znajdować za tęczówką w górnéj części soczewki lub za takową. W saméj tęczówce nie było żadnego śladu zranienia. Dr. W. postanowił zrobić operacyję zaćmy połączoną z iridektomiją i to w górnéj części już dla tego, by w danym razie wydobyć obce ciało. Zrobił więc cięcie na granicy rogówko-twardówkowéj, a spostrzegłszy po dokonaném wycięciu tęczówki ciemny punkcik w głębi masy zaćmionéj soczewki, po rozdarciu cystotomem torebki wydobył w całości odłamek stali mający $1\frac{1}{2}$ mm. długości, a $\frac{3}{4}$ mm. szerokości, poczém z łatwością wydobył całą zmętnioną soczewkę tak, że się źrenica stała czystą, czarną, a chory w większéj odległości dokładnie rozpoznawał palce. Atropin i zwykły opatrunek przeciwgnilny.

Po dokonanych operacyjach odwiedzono chorych umieszczonych w klinice, gdzie między innemi przypadkami chorobowemi pokazywał Dr. W. kilka przypadków dokonanéj już dawniéj sztucznéj źrenicy, operacyi katarakty w sędziwym wieku, a także mężczyznę, u którego przez dyscysyję operowano kataraktę, z którą się chory od pierwszych lat, a prawdopodobnie nawet od urodzenia nosił. W czasie przedstawienia wzrok oka prawego tak dalece był przywrócony, że takowém drobne rozpoznawał przedmioty, przyczém źrenica była czarną i nic nie straciła z swéj okrągłéj postaci; lewe zaś późniéj operowane oko zawierało tak w źrenicy, jak i w przedniéj komórce dość znaczną ilość masy soczewkowéj; część takiéj masy wypuszczono już poprzednio po cięciu zrobioném w rogówce za pomocą szerokiéj igły Streatfielda.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. List otwarty do Redakcyi Przeglądu w sprawie słownika lekarskiego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie zajmuje się tak gorliwie słownikiem i Wy Mości Redaktorze, obok wielkiéj dbałości w wyborze artykułów, tak troskliwie przestrzegacie czystości języka w piśmie Waszém, że byłoby niesprawiedliwością nie oświadczyć Wam przedewszystkiém szczerego uznania wysokich zasług, jakie przez to łożycie dla literatury, jakkolwiek wiem, że słów tych ani nie potrzebujecie, ani żądacie, bo czyn zacny dla ogólnego dobra spełniony chwali się sam przez się.

Długo nosiłem się z myślą wprowadzenia sprawy słownika na pole rozpraw dziennikarskich. Popychało mię do tego kroku dawno żywione uczucie koniecznéj potrzeby j a w n y c h w téj rzeczy dyskusyj ze względu na bardzo dotkliwy brak porozumienia się między sobą piszących i czytających dla ułatwienia obydwom stronom pojmowania przedmiotu czytanego; odstręczała zaś od tego obawa: czy słowa moje będą przyjęte w tém dobroduszném przekonaniu, w jakiém są wyrzeczone? czy z drugiéj strony odezwanie się obecne nie będzie spóźnionem i nie przedstawi się jak owa banalna musztarda? Te i tym podobne zachęty i zarzuty snuły mi się po głowie, aż ostatecznie powziąłem postanowienie następującego rodzaju: ponieważ porozumienie się w téj sprawie zdaje mi się coraz bardziéj być koniecznem a nawet niezbędném, ponieważ zawsze lepiéj zrobić coś późno jak nigdy, ponieważ zresztą znam trochę poczciwych Krakowiaków, którzy na nieproszonego interlokutora może zrazu trochę pomruczą, ale dobrych, białych chęci jego nigdy przecież na czarne zamienić nie zechcą, ponieważ w końcu i ja karmiłem się u piersi *Almae Matris Jagellonicae* a jako dawny członek dawnego Towarzystwa naukowego mam poniekąd prawo głosu (które odebrała może późniejsza ustawa, ale które żyje w mojéj pamięci), a więc jak widzisz, zacny Kolego po dyplomie i zawodzie redaktorskim, postanowiłem przemówić i wybrałem do tego właśnie Twoje pismo w tym egoistycznym zamiarze, żeby głos mój rozszedł się po wszystkich kątach ziemi, dokąd Twój wysoko ceniony P r z e g l ą d dochodzi.

Jeżeli wedle prawideł zdrowéj loiki nie wolno mówić o przymiotach dziecka, które się jeszcze nie urodziło, możnaby także i mnie zabronić mówić o słowniku, gdyby nie ta okoliczność, że po wypuszczeniu na świat słownika naprawić się on nie da, a wszelkie recenzyje pomogą mu tyle co umarłemu kadzidło, powtóre, że z ogłaszanych protokułów Towarzystwa lek. dowiadujemy się o przedstawianych komisyi wnioskach niejako zasadach, któremi taż komisyja przy opracowaniu rzeczy ma się kierować, a któreto myśli, jako wydrukowane, stają się tém samém własnością ogółu czytających i mogą być przedmiotem rozpraw jawnych. O tych też wnioskach jedynie mówić zamierzam, jeżeli łaska Wasza pozwoli i zaręczam redaktorskiém słowem, że będę umiarkowanym w myślach i słowach, jak istne dziecko krakowskie i nie będę nudził czytelnika głęboko naukowemi wywodami, boć to tylko poufny list koleżeński.

Na posiedzeniu zwyczajném Towarzystwa Lek. Krak. z d. 25 Paźdz. r. z. „wyraził Prof. Korczyński życzenie, aby komisyja słownikowa przy układaniu słownika a szczególnie przy tworzeniu nowych wyrazów uwzględniała ile możności ważniejsze języki słowiańskie“.

Myśl bardzo trafna i niemasz łatwiejszego sposobu nad zapożyczanie w potrzebie słów od języków pokrewnych, wszak to konary jednego pnia. Wszelako, rozpatrzywszy się bliżéj w literaturze owych pobratymczych języków, a w szczególności w słownictwie lekarskiém ich, rzecz przedstawi się mniéj korzystną i mniéj łatwą, jakby na pierwszy rzut oka, lub *a priori* zdawać się mogło, i wymaga w naszém przekonaniu bacznéj oględności.

W rozległéj rzeszy sławiańskiéj są tylko dwa szczepy, których językiem moglibyśmy się posiłkować w potrzebie, tj. czeski i rosyjski, przepraszając zarazem południowych braci słowian, że im zaszczytu tego odmawiamy, gdyż oni, pomimo swobodnéj konstytucyi nie mają przecież odpowiednio do niéj wykształconego języka.

Język czeski, pod wpływem stosunków politycznych, zaniedbany był w zupełności przez 200 lat z górą i dopiero w piątym dziesiątku lat naszego wieku zaczęto zajmować się nim znowu, co prawda z niewysłowioną energiją, do jakiéj my nigdy nie dojdziemy. Energija to jednakże sztuczna, zapał narzucony silną wolą przodowników posłusznemu ogółowi, zaczém poszło, że wszystkie wysilenia pracy nad wykształceniem języka ograniczają się dotąd jeszcze wyłącznie na polu teoretyczném. Pisze się w języku czeskim dużo, mówi się nim mało a myśli się niewątpliwie jeszcze mniéj. Na potwierdzenie słów tych, które ktoś może nazwać przesadą, nie mogę pominąć dowodu, którego na sobie samym doświadczyłem w r. 1850, będąc na kursach klinicznych w czeskiéj Pradze wraz z kilkoma rodakami (Łobeski, Lipiński, Jenner, Denarowski z Bukowiny) byliśmy codziennie przedmiotem drwinek ze strony kolegów czeskich za to, żeśmy mówili między sobą po polsku, kiedy z nich żaden po czesku nie umiał. Z profesorów jeden szlachetny Purkinye, który wówczas właśnie z Wrocławia przybył do Pragi, używał czeskiego języka z dziećmi, a wyrazy lekarskie kleił z niemieckiego, wyznając otwarcie, „że początki bardzo trudne“. Po czesku mówili tylko robotnicy z Podskaliny a rzemieślnicy chyba w warsztacie, bo wychodząc w niedzielę z holką (dziewczyną) wstydzili się czeskiego języka, żeby ich kto nie poczytał za chłopów lub podskalaków. Prof. Skoda, Rokitansky, Dlauhy, rodowici Czesi, rozmawiali ze sobą po czesku tylko przy piwie na Hernals a pisali podobnie jak Szafarzyk i Palacky po niemiecku. Skądże się przy takich warunkach może naraz wziąść język naukowy a w szczególności lekarski? Jeżeli zaś, jak widzimy, jest to znowu tylko ulepiony sztucznie. gwałtownie, nie wyrobiony w życiu przez użycie głosem naukowéj publiczności, nakręcany na modłę zagraniczną, może pobratymczą, ale nie swojską; to nie język czeskiego narodu ani wyrazy czeskiego języka, tylko puste brzmienia jego.

Nie znam ja, przyznaję to, dokładnie czeskiego języka (choć kiedyś władałem nim dobrze), ale sąd mój niniejszy opieram na znanych całemu światu faktach historycznych, a co do słownictwa lekarskiego na dziełach najświeższych czeskich przesłanych mi jako członkowi Towarzystwa lekarzy czeskich. Oto kilka przykładów: trzewa *(viscera)* nazywają lekarze nowożytni czescy *utrobu*, słowem prosto bez zmiany wziętym z rosyjskiego; odżywianie *(nutritio)* pitevnia (z rosyjskiego pitanie); jądra *(nuclei)* jądra (słowo rosyjskie), gdy tymczasem w słownikach czeskich trzewo nazywa się střewo, żywić się živiti, jądro gadro, gadyrko!

Z czeskiego zatém słownictwa lekarskiego, jak daleko przynajmniéj sięga nasza znajomość rzeczy i jak my radzibyśmy mieć ułożonym słownik, korzystać wiele nie możemy, nie chcąc narazić rodzimej swoistości na szwank oczywisty.

Nic równie więcéj i korzystniéj moglibyśmy posiłkować się słownictwem rosyjskiém. Język ten, pod każdym względem daleko wyżéj i lepiéj wyrobiony od czeskiego, o prostych i łatwych formach gramatycznych, bardzo zasobny, płynący, że tak powiem prosto ze źródła starosławiańskiego, nadaje się bardzo dobrze do wszelakich kombinacyj językowych, i w pierwotnych swych wyrażeniach nader blizkim est polskiego. W uniwersytetach cesarstwa wykłada się od dawna w języku narodowym, zaczém poszło, że język naukowy za pośrednictwem kilku tysięcy lekarzy rozszedł się po kraju, wyrobił się przez ciągłe użycie w mowie i w piśmie, w życiu publiczném i prywatném.

Pomimo to wszystko, chcąc korzystać ze słownictwa rosyjskiego wypada mieć się bardzo na baczności, aby właśnie blizkie jego pokrewieństwo zamiast pomódz nie zaszkodziło raczéj słownikowi zamierzonemu. Język rosyjski bowiem kształcił się całkiem odmienną od naszego drogą, mianowicie na wzorach niemieckich; jakoż słownictwo lekarskie tego języka przybrało formę i charakter wyraźnie niemieckie. Owo, tak częste w niemieckiém, wiązanie 2—3 wyrazów w jedno słowo, tak rzeczowników jak słów, przymiotników, jest rzeczą bardzo pospolitą w języku rosyjskim, bo jego giętkość pozwala na to bez ubliżenia duchowi języka. Dlatego słowa, jak: piszczewaritelnyj kanał (przewód pokarmy trawiący), wozduchonosnye wietwi (drogi powietrzo-nośne), sumaszedszyj (z rozumu obrany), chociaż z paru wyrazów złożone (jak pokazuje wierny przekład) są dobre, przyjęte i bardzo wygodne, ale żadnym sposobem przecież naszemu językowi przyswoićby się nie dały. Inny to całkiem duch języka, inny téż sposób tworzenia wyrazów. Idąc więc za radą szan. Profesora K. możnaby tylko czerpać wyrażenia dla słownika z pierwotnych, źródłowych słów pomienionych dwóch języków; wszakże do tego celu służyć nam mogą i powinny znakomite dzieła dawniejszéj naszéj literatury własnéj, w których są wyrazy jędrne, nieskażone wpływem obcym, a często i pojęciem odpowiednie dla naszych potrzeb. Wspomnę tu tylko nawiasem o słowie rząp'-ia, którém zawsze oznaczano cysterną, a które ze szkodą dla języka poszło w zapomnienie. Pomijając zresztą niedogodności nierozłączne od zapożyczania słów z języków pobratymczych, chcemy tylko zaznaczyć, że takiego to germańskiego trybu formowania wyrazów należałoby nam wystrzegać się bardzo troskliwie, a przecież z niektórych przykładów mamy prawo przypuszczać, że nieszczęsny ten kierunek rozpościera się w Krakowie. Może się mylimy, w takim razie pozwól szan. Redaktorze sprostować tę pomyłkę, która nam bardzo cięży na sercu, ale są wyrazy we własném piśmie Waszém używane, które nie mogły być utworzone jak tylko przez człowieka, który myśli po niemiecku a chce wysławiać się po polsku. Byłoby to taką kardynalną wadą słownictwa, że nie zatarłyby jéj wszystkie inne, chociażby najpiękniejsze zalety.

Na tym kończę dziś moje uwagi, a jeżeli uznasz szan. Redaktorze, że one nie będą bezpożyteczne, pomówiłbym w drugim liście o innych zdaniach na rzeczoném posiedzeniu wypowiedzianych, zanim w myśl powziętéj uchwały ogłoszoną zostanie część psychiatryczna słownika [1]).

Czekając przeto wyroku łączę wyrazy winnego szacunku dla Waszych zasług Mości Redaktorze

Prof. Dr. Łuczkiewicz.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* W Radzie państwa we Wiedniu poseł Obentraut i towarzysze interpelowali prezesa ministrów, dlaczego utrzymanie

[1]) Dziękując serdecznie szan. Korespondentowi za cenne jego uwagi, upraszamy o dalsze. *Red.*

międzynarodowéj komisyi sanitarnéj we Wiedniu dotąd nie przyszło do skutku. Minister przyrzekł odpowiedzieć na tę interpelacyję na jednem z następnych posiedzeń.

* W ciągu roku ubiegłego w Gocie spalenie zwłok odbyło się 15 razy; pomiędzy innemi spalono także ciało lekarza zdrojowego w Kissingen, Dra Franqué'go.

* Statystyka niewidomych. Według ostatnich obliczeń było niewidomych: w Anglii 31,159 czyli na 10,000 wypada 9.85, w Danii 1465 czyli 7.86, w Norwegii 2320 czyli 13·63, w Szwecyi 3359 czyli 8.06, w Austryi 11329 czyli 5.55, we Węgrzech 18523 czyli 12.01, w Szwajcaryi 2032 czyli 7.61, w Holandyi 1593 czyli 4.46. w Belgii 3675 czyli 8.11, we Francyi 30214 czyli 8.37, w Hiszpanii 17379 czylli 11.26, w Włoszech 26826 czyli 10.16, w Ameryce północnéj 20320 czyli 5.27, w Niemczech 35048 czyli 8.79. Najwyższa cyfra niewidomych przypada na Finlandyję, bo 22.46 (w północnych powiatach tego kraju nawet 30.0). Przyczyna téj wielkiéj liczby niewidomych w tym kraju według Beckera jest głównie Trachoma obok braku pomocy lekarskiéj. Najwięcéj zakładów dla niewidomych jest w Belgii (1 zakład na 368 ślepych, z kolei idą Szwajcaryja, Prusy, Ameryka półn., Danija, Holandyja, Anglija, Austryja (1 zakład na 1415), Francyja, Szwecyja i Norwegija, Włochy, Hiszpanija (1 zakład na 8689 niewidomych (Prof. H. Cohn w *Real-Encyklopädie d. g. Heilkunde.* Zeszyt 14).

Statystyka epidemij. Ospa w Londynie w 6 tygodniu znowu się bardziéj rozszerzyła. Leczyło się w szpitalach 91, zapadło świeżo 36, umarło 13. Również i w innych miastach więcéj umarło. W Wiedniu 9, w Budapeszcie i Kadyksie po 4, w Pradze i Petersburgu po 8, w Barcelonie 13, w Bukareszcie 39, w Paryżu 72, w Wenecyi 2. Dur brzuszny panuje w Paryżu, gdzie umarło 101, w Petersburgu 41. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 24, z duru osutkowego 18. Krztusiec panuje w Londynie, gdzie umarło 248 dzieci. Zapalenia dróg oddechowych sprawiły w Paryżu 306 przypadków śmierci, w Londynie 1435. W Krakowie umarło w 7 tygodniu 6 z ospy, 1 z płonicy, 1 z dławca, 1 z gorączki połogowéj a doniesiono o 9 przypadkach ospy (Karmelicka 47, Smoleńsk 63, Podwale 82, Ogrzewalnia na Kleparzu; Stradom 55, 4 w wojsku); 1 ospianki (św. Jana 300); 1 dławca (Wolska 101); 3 czerwonki (Wadów, Bronowice, Podgórze); 4 zimnicy (w wojsku).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 6 umarło na 1000 i rok w Krakowie 34,3; we Lwowie 42,8; w Warszawie 29,8; w Poznaniu 23,6; w Wiedniu 30,5; w Budapeszcie 37,1; w Pradze 34,4; w Bazylei 41,8; w Brukseli 23,4; w Berlinie 23,5; w Mnichowie 36,4; w Dreźnie 22,4; w Lipsku 24,8; w Paryżu 40,2; w Londynie 48,1; w Liwerpolu 27,8; w Kopenhadze 28,5; w Stokholmie 22,9; w Chrystyjanii 14,3; w Petersburgu 50,7; w Odesie 38,0; w Rzymie 55,8; w Wenecyi 48,5; w Bukareszcie 47,6; w Barcelonie 49,5; w Kadyksie 49,8; w Aleksandryi 39,0; w Nowym Yorku 26,0; w Filadelfii 17,4; w Bombayu 37,1; w Madrasie 39,9. *J. B.*

* W komisyi budżetowéj Rady państwa we Wiedniu i w tym roku przy sposobności narad nad wydatkami na uniwersytety była mowa o szkołach dla chirurgów. Minister oświaty stanowczo wystąpił przeciw roszczeniom, dążącym do przywrócenia tych szkół zapomnianéj pamięci — pod którym to względem zasługuje na wdzięczność, a jesteśmy przekonani, że zgadzają się z nim w téj mierze wszyscy lekarze wykształceni, — dowodząc nadto — w czém znów wszyscy z nim się zgodzą — że ciągłe utyskiwania na brak lekarzy na prowincyi są bezzasadne, albowiem według zgodnych raportów urzędowych nie ma nigdzie braku lekarzy, lecz w pewnych okolicach lekarze graduowani nie znajdują dla siebie utrzymania. Gdzie tylko lekarze utrzymać się mogą, tam znajdzie się ich dostateczna liczba. Brakowi względnemu zatém nie szkoły zaradzą, lecz organizacyja służby zdrowia.

Pod względem założenia Wydziału lekarskiego we Lwowie, p. minister znajduje dwie trudności: brak sił odpowiednich i względnie małą liczbę uczniów na wydziale lek. w Krakowie; zapewnia jednak, że nad sprawą tą dojrzale się zastanawia. Natomiast wręcz oświadczył się na teraz przynajmniéj przeciw urządzeniu wydziału lekarskiego w Morawie. — Komisyja budżetowa uchwaliła wniosek, aby jeszcze w roku bieżącym umieszczono w budżecie fundusz na rzecz wydziału lek. we Lwowie.

* Kolegijum doktorów medycyny we Wiedniu, które jak już podaliśmy, oświadczyło się w petycyi przeciw Izbom lekarskim, podaje w petycyi obecnie ogłoszonéj (w *W. med. Bl.* Nr. 7) motywa swoje, a mianowicie: niepotrzebne a przymusowe nakładanie nowych ciężarów pieniężnych na lekarzy, niestósowność łączenia doktorów medycyny z t. zw. chirurgami w jedno ciało, w którém ostatni mogą mieć przewagę liczebną więc mogą dzierżyć prawo dyscyplinarne nad pierwszymi; daléj wykazuje petycyja, że do osiągnięcia celów publiczno-sanitarnych potrzeba raczéj dostatecznéj liczby lekarzy powiatowych i gminnych, aniżeli Izb lekarskich, cele humanitarne zaś ma na względzie i kolegijum doktorów, do którego każdy doktor medycyny ma przystęp wolny. — Więcéj atoli aniżeli ta petycyja uderza oświadczenie się przeciw Izbom lekarskim stowarzyszenia lekarskiego 2go a podobno i 3go okręgu m. Wiednia, a więc stowarzyszeń wchodzących w skład ogólnego stowarzyszenia lekarzy rakuskich. Sprawa ta będzie zresztą przedmiotem dyskusyi i naszego Tow. lekarskiego.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 lutego. D 17 bm. o godzinie 3ciéj popołudniu liczne grono kolegów i przyjaciół odprowadziło zwłoki śp. Aleksandra Kremera na miejsce wiecznego spoczynku; nad grobem przemówił w imieniu Tow. lekarskiego naszego wiceprezes onego kol. Kazimierz Grabowski, podnosząc serdecznemi słowy zasługi nieboszczyka koło Towarzystwa i tygodnika naszego.

* Od kilku tygodni magnetyzm zwierzęcy z całém dostojném swojém potomstwem znajduje się znów na porządku dziennym w Niemczech i to nie tylko u nielekarzy, ale zajmuje żywo i koła lekarskie. Niejaki Hansen, mieniący się profesorem zapewne magnetyzmu, wywołał ruch ten naprzód we Wrocławiu a potém w Wiedniu, dając publiczne przedstawienia za pomocą t. zw. „mediów." Lecz podczas gdy we Wiedniu przedstawienia te z powodu burzliwych zajść stały się naprzód przedmiotem dochodzenia sądowego, a pośrednie dopiero, bo na wezwanie sądu, i przedmiotem orzeczenia lekarskiego, — we Wrocławiu odrazu wywołały one zajęcie uczonych lekarzy, którzy uznali za odpowiednie powtórzyć doświadczenia na osobach nieuprzedzonych i wytłumaczyć je umiejętnie, przesadę zaś p. Hansena lub fałsz napiętnować prawdziwém mianem. Ztąd powstał piękny wykład prof. Haidenheina, połączony z doświadczeniami w towarzystwie lekarskiém wrocławskiém, ztąd wykład prof. Bergera, który nie we wszystkiém zgadza się z Haidenheinem, a mianowicie nie zgadza się z nim co do pojęcia hypnotyzmu, który H. uważa za stan połączony z utratą samowiedzy, podczas gdy Berger dowodzi, że w hypnotyzmie samowiedza może być utrzymaną. Prof. Berger udał się nawet z kilku „mediami" do Berlina, gdzie w zakładzie Charité miał w obec lekarzy naukę swoją wyłożyć.

Inaczéj się ma rzecz we Wiedniu. Tam Sąd zażądał opinii od Wydziału lekarskiego żądając odpowiedzi na 3 pytania: 1) czy ucisk wywarty na nerwy i naczynia szyjne, 2) czy wprawienie człowieka w stan nieprzytomności lub osłupienia, i 3) czy siadanie na człowieku w stanie osłupienia znajdującym się — słowem, czy manipulacyje Hansena wywierają szkodliwy wpływ na zdrowie osób, do doświadczeń użytych? W wydziale lekarskim zdał sprawę dziekan prof. E. Hofmann a odpowiedź Wydziału na powyższe pytania opiewa: Ucisk na naczynia i nerwy szyjne jest dla zdrowia człowieka niebezpiecznym, a może stać się nader groźnym. Jeżeli jest prawdą, że Hansen wywołuje osłupienie lub utratę przytomności, a zmiany te nie polegają na złudzeniu, to następstwa szkodliwe wynikać mogą, ponieważ zawsze pozostaje skłonność do podobnych lub innych zboczeń. Również twierdzącą była odpowiedź na trzecie pytanie. Wreszcie Wydział zwrócił uwagę Władzy, że produkcyje magnetyczne działają szkodliwie na ogół, gdyż zboczenia umysłowe szerzą się czasem na kształt epidemii i dlatego Wydział oświadczył się za zakazaniem owych produkcyj. — Tym sposobem nie tylko we Wiedniu, ale i w Budapeszcie, dokąd p. Hansen udać się zamierzył, już zakazano przedstawień magnetycznych; w Austryi

prócz zajść w teatrze nie pozostanie po nich żadne wspomnienie, z Niemiec atoli spodziewać się możemy jeszcze rozpraw ściśle naukowych.

* Nakładem *Gazety Lekarskiéj* wyszło w Warszawie dzieło Kussmaula pt. „Zboczenia mowy," w tłumaczeniu polskiém Dra Adama Bauerertza.

* **Mianowania i odznaczenia.** Asystent prof. Bambergera we Wiedniu, Dr. Lütkemüller mianowany został prymaryjusem w szpitalu w Sechshaus pod Wiedniem.

* **Nekrologija.** W Radziwiłowie umarł d. 12 grudnia 1879 r. Dr. Pełczyński Stanisław, uczeń Uniw. kijowskiego, w 43 roku życia, a w listopadzie rz. w Humaniu Dr. Dominik Szydłowski, uczeń Uniw. wileńskiego w 77 roku życia.

W Hamburgu umarł zdolny operator Martini, licząc zaledwie lat 37; w Wiesbadenie znany psychijatryk, tajny radca lek. Flemming ze Szwerynu, ojciec prof. anatomii w Kielu.— W Dublinie umarł Baronet Dominik Corrigan w 78 roku życia swego; znakomity jako lekarz (znaną jest praca jego o zastawkach aorty), jako członek Izby deputowanych i rady lekarskiéj.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 1—7: Jerzykowskiego: Przyczynek do powikłań wad sercowych z ciążą (Nr. 1 i 2); Zdanowicza: *Dispepsia chronica cum hallucinationibus* (Nr. 3); Mendelssohna: O odruchach ścięgnistych (Nr. 4, 5, 6, 7); prof. Wisłockiego: O leczeniu chorób piersiowych za pomocą powietrza sztucznego (Nr. 6, 7); hr. Krasińskiego: Kwestyja sanitarna m. Warszawy (Nr. 6, 7). — W *Medycynie* Nr. 7: Heringa: O nowszych sposobach badania i leczenia chorób jam nosowych; (c. d.); Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorób piersiowych przy szpitalu w Mieni. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 5: Widmanna: O t. zw. nierównoczesnym skurczu komór sercowych Leydena.

Redakcyja otrzymała:

Dr. B. Wicherkiewicz (w Poznaniu): Uiber die Eisanwendung nach Staarextractionen. (Osobne odbicie z *klin. Monatbl f. Augenh.* 1880, Januar, w 8ce, str. 20.

Prof. Maschka (w Pradze): Uiber Vergiftung mit Kohlenoxydgas (Kohlendunst). (Osobne odbicie z Prager med. Woch., 1880, str. 5), w 8ce, str. 20.

Piśmiennictwo lekarskie. Verhandlungen d. naturhistor. Vereins zu Heidelberg. Neue Folge. 2. Bd. 4. Hft. M. 2 Taf. gr. 8. Heidelberg, C. Winter. M. 3·60.

Veröffentlichungen d. Gesellschaft f. Heilkunde in Berlin. II. Vers. d. pädiatr. Section. Hrsg. v. M. Salomon u. A. Baginsky. gr. 8. Berlin, G. Reimer. M. 4.

YVERT A. Traité pratique et clinique des blessures du globe de l'oeil. 12. Paris, G. Baillière. Fr. 12.

ALBERT E. Lehrbuch der Chirurgie u. Operationslehre. M. zahlr. Holzschn. 30 u. 31. Hft. gr. 8. Wien, Urban et Schw. à M. 1·60.

BARDENHEUER. Zur Frage d. Drainirung d. Peritonealhöhle. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 1·60.

BARTH et A. ROGER. Traité d'auscultation. 2. éd. 8. Paris, Asselin. cart. Fr. 7.

BÉHIER et HARDY. Traité de pathologie interne. T. IV. 1. part. 8. Paris, Asselin. Fr. 6.

BRAUN J. Die Krankheiten d. männlichen. u. weibl. Geschlechtssystems u deren Heilung. 10. Aufl. gr. 8, Leipzig, Baumgärtner. M. 3.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Środę d. 25 lutego o godzinie 5téj popołudniu posiedzenie w sali Akademii Umiejętności, na którém: 1) Przedstawioną zostanie odezwa do zakładów zdrojowych o nadesłanie sprawozdań, mających służyć za materyjał do ogólnego poglądu na ruch w zdrojowiskach krajowych. 2) Nastąpi wybór zastępcy przewodniczącego. 3) Kol. Skórczewski odczyta z swéj dyjetetyki zdrojowéj część o środkach leczniczych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 28 lutego 1880. № 9. Rok XIX.

TREŚĆ: I. OBALIŃSKI. Doświadczalny przyczynek do przetaczania krwi do jamy otrzewnowéj. — II. DOBIŃSKI. Zapiski psychijatryczne. — III. LUSTGARTEN. O niezwykłéj chorobie gorączkowéj, obserwowanéj w praktyce prywatnéj. — IV. *Oceny i sprawozdania*: Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, pod redakcyją Edw. Klinka. Sprawozd. Dra Smoleńskiego. — FRISCH. CESBRON. URBANTSCHITSCH. — *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Posiedzenia towarzystw:* Sprawozdanie z Walnego Zebrania Sekcyi lekarskiéj Tow Przyjaciół Nauk w Poznaniu. (C. d.) — *Odcinek:* SCIBOROWSKI. Wspomnienie pośmiertne śp. Aleksandra Kremera. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Doświadczalny przyczynek do przetaczania krwi do jamy otrzewnowéj.

Podał Dr. Alfred Obaliński.

Już od najdawniejszych czasów panowało przekonanie, że niedostatek krwi i upośledzone ztąd odżywianie organizmu należy krwią od zewnątrz wprowadzoną zwalczać, jak o tém świadczą w starożytności za napój polecana krew w celach leczniczych, daléj kąpiele z krwi świeżo zabitych zwierząt i środki odmładniające wyrabiane w wiekach średnich ze krwi. Nawet przed odkryciem obiegu krwi myślano o bezpośredniém przetoczeniu jéj, które dopiero w 17tém stuleciu rzeczywiście było wykonaném, lecz znowu zapomnianém do tego stopnia, że w wieku bieżącym prawie na nowo wypadało je odkryć. Nie będę się teraz nad tém zastanawiał, jakie koleje przechodziła transfuzyja w ostatnich czasach, bo jest to rzeczą wiadomą, osobliwie po takich znakomitych pracach jak Hassego, Gesselliusa, Ponficka, Huetera i Landoisa; wspomnę tylko, że ostatecznie uznano użycie krwi zwierzęcéj u człowieka za niebezpieczne, że przetoczenie bezpośrednie z człowieka na człowieka połączone jest z niebezpieczeństwem wprowadzenia skrzepów w naczynia, i że ostatecznie przetaczanie pośrednie tj. krwi pozbawionéj włóknika do żył, ze wszystkich znanych metod uważane za najmniéj niebezpieczne, nie jest przecież wolném od zarzutów, a mianowicie: *a)* możebności wtłoczenia powietrza do żyły, *b)* wpływu szkodliwego na mózg i inne organa wewnętrzne, *c)* pewnéj trudności w rozpowszechnieniu z powodu dosyć skomplikowanego postępowania.

Nie dziw więc, że szukano sposobu mniéj niebezpiecznego a więcéj uproszczonego. Sposób ten podał Dr. Ponfick w Wrocławiu. Już w roku 1877 ogłosił Dr. Cordua pracę doświadczalną dokonaną w zakładzie i pod okiem Ponficka, pt. *„Über den Resorptionsmechanismus von Blutergüssen,“* w któréj udowodnił doświadczeniami na psach wykonanemi, że krew tak cała jakoteż i odwłókniona wprowadzona do jamy brzusznéj, tamże w przeciągu kilku dni ulega wessaniu i to zupełnie bez szkody dla zwierzęcia, jeżeli użyto do doświadczenia krwi zwierzęcia tego samego gatunku *(species).* Nadto udowodnił, że krwi takiéj można bez szkody wprowadzić aż do 95 p. m. wagi ciała, gdy krwi niejednorodnéj najwyżéj 10‰ zwierzę znosi a przy 15‰ szybko ginie, w każdym jednak razie w moczu ukazuje się hemoglobina jako dowód rozkładu ciałek krwi.

Na tych doświadczeniach opierając się powziął Ponfick myśl wprowadzenia w ustrój ludzki tą drogą krwi w celach leczniczych i przedstawił na posiedzeniu w dniu 25 lipca 1879 w Wrocławiu odbytém szczęśliwy rezultat osiągnięty tym sposobem w 4ch przypadkach. Że krew do jamy brzusznéj wstrzyknięta późniéj dostaje się do krwi krążącéj, wnosił P. tylko ztąd, że ona znika bez śladu z jamy otrzewnowéj pomimo że w moczu nie można wykazać hemoglobiny.

Doświadczenia moje zdążają do bezpośredniego udowodnienia, że krew wstrzyknięta do jamy brzusznéj, tj. najważniejszy jéj składnik: ciałka czerwone, dostają się do krwi krążącéj w naczyniach. Doświadczenia te były robione w dwojakim kierunku; w jednych bowiem kładłem nacisk główny na stosunki makroskopowe a przedewszystkiém na stosunki sprawdzone przez rozbiór zwłok, podczas gdy w drugich przeważnie zwróciłem uwagę na liczenie ciałek krwi czerwonych, zawartych w pewnéj danéj ilości krwi. Do tego celu najodpowiedniejszym mi się wydawał sposób i przyrząd podany przez Malasseza. Że i ten sposób nie jest zupełnie dokładnym, rozumie się samo przez się, żeby jednak mieć jaką taką pewność, że cyfry nim osiągnięte nie są zupełnie dowolnemi, trzymałem się téj zasady, iż nigdy nie ograniczałem się do jednego obliczenia, lecz brałem co najmniéj średnią z dwóch obliczeń (dwóch próbek), najczęściéj jednak z trzech a czasem nawet i z czterech. Na dwóch obliczeniach poprzestawałem wtenczas, gdy drugie obliczenie potwierdziło pierwsze, tj. jeżeli cyfry z obydwu obliczeń otrzymane bardzo mało się od siebie różniły; w przeciwnym razie brałem średnią z 3 a nawet i 4 próbek. Dla łatwiejszego przeglądu podaję tylko ilość ciałek czerwonych obliczonych w jedném

polu widzenia nie mnożąc jéj według formułki przez Malasseza podanéj celem otrzymania ilości ciałek w 1 cm. sześciennym, gdyż przegląd liczb milijonowych zdaniem mojém rzecz tylko utrudnia. Aby się nie powtarzać przy każdém doświadczeniu, muszę jeszcze słów kilka poświęcić na opis sposobu saméj transfuzyi: krew odwłóknioną i przecedzoną wlewałem za pomocą lejka połączonego z rurką gumową, na któréj drugim końcu umocowano cienką i skośno ściętą rurkę metalową po jéj wbiciu przez ścianę brzuszną zwolna wprost do jamy otrzewnowéj.

Po tych wyjaśnieniach przystępuję do pierwszego szeregu moich doświadczeń. Przedewszystkiém wspomnieć jednak muszę o kilku doświadczeniach przedwstępnych, które miały tylko na celu pobieżne sprawdzenie wypadków ogłoszonych przez Corduę.

Dośw. I: Królikowi szaremu samiczce, ważącemu 2400 gmów, wypuszczono z tętnicy dogłowowéj *(carotis)* 28 cm. sześc. krwi, którą po odwłóknieniu przesączono i 15 cm· sześc. wynoszący przesącz do jamy brzusznéj wpuszczono. Tuż po operacyi znaczne osłabienie, tętno nikłe; po zwolnieniu więzów na stole wiwisekcyjnym zrywa się, lecz zaraz zapada. W 10 minut przychodzi do siebie i smacznie zajada owies. Na drugi dzień również wesoły i jé. W 18 godzin po transfuzyi zabito go chloroformem i otwarto brzuch, w którym znaleziono między zwojami kiszek i na dnie 12 cm. sześc. płynu krwawego. Otrzewna nie okazywała nigdzie ani śladu zadrażnienia. Bezwzględnie, więc ubyło 3 cm. sześc. krwi; jeżeli jednak uwzględnimy, że w jamie brzusznéj królika zawsze znachodzi się przynajmniéj kilka cm. sześc· płynu surowiczego, to najskromniéj biorąc przypuścić trzeba, że wessanych zostało co najmniéj 5 cm. sześc. czyli $^1/_3$ krwi wlanéj do brzucha.

Dośw. II.: Psu srokatemu ważącemu 4233 gm. wypuszczono 160 cm. sześc. krwi tj. prawie połowę jego całéj ilości krwi a natomiast wprowadzono do jamy brzusznéj 240 cm. sześc. krwi psiéj, odwłóknionéj. Zaraz po operacyi widać było osłabienie i posmutnienie. Na drugi dzień był weselszy i jadł. W 19 godzin zabito go i otworzono jamę brzuszną, w któréj znaleziono 160 gmów krwi, zkąd wniosek, że 80 zostało wessanych, jeżeli zaś chroniąc się od zarzutu, że krew z pomiędzy kiszek nieda się dobrze wybrać i odmierzyć, odtrącę z tego $^1/_3$ część, to na pewne można 50—60 cm. sześc. uważać jako wessane. Pęcherz moczowy zawierał mocz zupełnie czysty, tak że nie można było podejrzywać hemoglobinuryi.

Dośw. III.: Psu czarnemu ważącemu 4973 gm wypuszczono z tętnicy dogłowowéj 100 cm. sześc. krwi a natomiast wprowadzono do jamy brzusznéj 150 cm. sześc. krwi psiéj odwłóknionéj. Z początku był osłabiony i niespokojny, wymiotował i wył, późniéj się uspokoił. Na drugi dzień je i chodzi. W 24 godzin po transfuzyi dostano za pomocą cewnika kieliszek moczu, który był czysty, barwy jasno słomkowéj, ani w rozczynie ani w osadzie nie znaleziono pod mikroskopem ciałek krwi. W 48 godzin zabito go przez wdmuchnięcie powietrza do żyły szyjnéj zewn. Sekcyja: W jamie brzusznéj widać zaledwie ślady krwi, otrzewna wygląda jakby krwią pomazana, lecz nie można nic krwi zebrać na szkiełko a więc wessanie zupełne.

Przekonawszy się na tych trzech przypadkach, że ten sposób przetaczania krwi rzeczywiście jest możebnym i to bez szkody dla organów wewnętrznych i że krew wessana nie ulega rozkładowi, gdyż tenże musiałby się objawić hemoglobinuryją, przystąpiłem do właściwych doświadczeń, o których już na początku uczyniłem wzmiankę.

Dośw. IV.: Królik krasy samica, ważący 2060 gm. wykazał w próbkach wziętych z ucha średnio 545 czerwonych ciałek krwi (na 500). Po wypuszczeniu mu 20 cm. sześc. krwi z tętnicy dogłowowéj liczono już tylko 387 ciałek. Wlano mu do jamy otrzewnowéj również 20 cm. sześc. krwi króliczéj odwłóknionéj a po upływie 24 godzin naliczono już 471 ciałek, królik był wesoły i jadł. W 90 godzin zabito go i otworzono jamę brzuszną w któréj nie znaleziono ani śladu krwi wstrzykniętéj.

Dośw. V.: potwierdziło wypadek doświadczenia poprzedniego; królik biały ważący 2062 gm. miał przed operacyją 505 ciałek; po wypuszczeniu 20 cm. sześc. krwi 420 ciałek a w 24 godzin po wlaniu 20 cm. sześc. krwi do jamy brzusznéj 494 ciałek.

Dośw. VI.: Psu pstremu ważącemu 5190 gm. który w stanie prawidłowym miał 717 ciałek krwi, wypuszczono prawie $^1/_3$ jego krwi bo 150 cm. sześc. i zaraz natomiast wstrzyknięto 200 cm. sześc odwłóknionéj krwi psiéj do jamy brzusznéj (zapomniawszy policzyć ciałka krwi w stanie niedokrewności). W 19 godzin po transfuzyi policzono średnio 600 ciałek, a w 90 godzin było już 729 ciałek a zatém więcéj niż w stanie prawidłowym. Zaraz potém tj. w 90 godzin po transfuzyi zabito go a sekcyja wykazała w jamie brzusznéj zaledwie ślad z owych 200 cm. sześc. krwi czyli że potwierdziła ich wessanie w zupełności.

Dośw. VII.: Suczka biała waży 3208 gm. i wykazuje przy obliczeniu 729 ciałek czerwonych. Wypuszczono jéj 90 cm. sześc. tj. blisko $^1/_3$ jéj krwi i zaraz wpuszczono 100 cm. sześc. odwłóknionéj krwi psiéj do jamy brzusznéj. W 21 godzin było 505 ciałek a siódmego dnia liczono już 726 tj. tyle, ile w stanie prawidłowym. Zabito ją siódmego dnia po transfuzyi a sekcyja wykazała otrzewnę zupełnie czystą, krwi ani śladu.

Dośw. VIII.: Pies żółtawy waży 6382 gm. i okazuje przy obliczeniu 460 ciałek. Po wypuszczeniu 150 cm. sześc. krwi z tętnicy dogłowowéj naliczono średnio tylko 408 ciałek; następnie wlano do jamy brzusznéj 200 cm. sześc. krwi odwłóknionéj i naliczono w 12 godzin późniéj 475 ciałek, w 21 godzin 502, w 40 godzin 599. W 50 godzin po transfuzyi pies zakończył życie okazując już poprzednio objawy osłabienia. Sekcyja nie wykazała przyczyny śmierci, gdyż płuca, serce, nerki, pęcherz moczowy były prawidłowe. W jamie otrzewnowéj zaledwie ślad krwi przetoczonéj.

Rozpatrzywszy się w tym pierwszym szeregu doświadczeń przeważnie makroskopijnych przedewszystkiém przychodzi mi zaznaczyć, że w dwóch przypadkach mogłem skonstatować zupełne wessanie krwi wprowadzonéj do jamy brzusznéj, mianowicie w doświadczeniu 4tém, w którém wprowadziłem 10‰ wagi zwierzęcia, nie znaleziono ani śladu krwi po 90 godzinach tj. z końcem 4téj doby i w doświadczeniu 7mém, w którém wprowadzono około 33‰ wagi zwierzęcia, nie było ani śladu w 7mym dniu.

Jakkolwiek cyfry te w zupełności odpowiadają wypadkowi poszukiwań Corduy (l. c.), który wprowadziwszy różne ilości krwi do jamy brzusznéj (od 25—70‰ wagi zwierzęcia doświadczanego) w różnych czasach (a mianowicie od trzeciego do ośmnastego dnia) znachodził ją zupełnie wessaną, to jednak zdaniem mojém nie są one tak pouczającemi, jak te doświadczenia, w których udało mi się przy sekcyi natrafić tylko na ślad krwi do jamy brzusznéj przetoczonéj; tu bowiem uchwycić mi się udało, że się tak wyrażę, końcową chwilę sprawy wsysania, tak iż ztąd dozwolonym być może wniosek na chyżość wsysania. I tak w doświadczeniu 3ciém wprowadzono 150 cm. sześć. krwi psu ważącemu około 5 kgm. a przy sekcyi odbytéj w 48 godzin po transfuzyi znaleziono z niéj zaledwo ślad. Wyraziwszy to w cyfrach możemy powiedzieć że jedno kilo zwierzęcia wsysało na jednę godzinę $^{30}/_{48} = 0{\cdot}6$ gm.

W ten sam sposób licząc otrzymałem w doświadczeniu 6tém na jedno kilo i na jednę godzinę $^{40}/_{90} = 0{\cdot}5$ gm. (około), a w doświadczeniu 8mém wypada $^{33}/_{50} = 0{\cdot}6$ gm.

Już sama zgodność otrzymanych liczb powinnaby przemawiać za stałém prawidłem; dla nadania mu jednak większéj pewności przedsięwziąłem dwa doświadczenia kontrolujące:

Dośw. IX.: Psu pstremu pinczerowi ważącemu 3334 gm przetoczyłem do jamy brzusznéj tyle krwi psiéj odwłóknionéj, aby po 24 godzinach wypadło 0.5 cm. sześc. na jedno kilo i jednę godzinę a więc $3{,}3 + 0{,}5 + 24 = 39{\cdot}6$ cm. sześc.

Dośw. X.: Równocześnie wprowadziłem pudlowi ważącemu 4360 według tych samych zasad a więc $4{,}4 + 0{,}5 + 24 = 52{\cdot}8$ cm. sześc.

W obydwu przypadkach zrobiłem po upływie 24 godzin sekcyję i przekonałem się, że rzeczywiście czas ten wystarczył, aby krew do jamy brzusznéj w powyższym stosunku wprowadzona, została wessaną, gdyż w obu razach znalazłem otrzewnę tylko lekko krwią powleczoną, tak iż się nie dało nic krwi téj z jamy brzusznéj wydobyć. A zatém możemy prawidło to uważać jako stałe.

Ostatecznie potwierdza stałość jego także i wypadek doświadczenia 2giego, w którém częściowo tylko wessana krew obliczona w stosunku do wagi zwierzęcia i czasu przypada w ilości 0,7 na 1 kilo i jednę godzinę.

(Dok. nastąpi).

II. Zapiski psychijatryczne.

Dra **Włodzimierza Dobińskiego**,
Prymaryjusza Oddziału mężczyzn w zakładzie psychijatrycznym na Kulparkowie.

1. Znaczenie i kazuistyka pytaczki.

Mamy to kłaść na karb okoliczności, że psychijatrzy francuzcy mają szczęśliwszy dar dostrzegania szczególniejszych zboczeń umysłowych i nerwowych, lub okoliczności, że we Francyi wśród pelniejszego życia socyjalnego, ruchliwszéj inteligencyi, luźniejszych stosunków rodzinnych i moralnych, w krainie zresztą absyntu i wcześniejszego zmysłowego rozkwitu, pojawiają się częstsze i rzadsze objawy obłąkania; dosyć na tém, że ztamtąd wzbogaca się mianowicie symptomatologia i kazuistyka zboczeń umysłowych i nerwowych.

Do takich szczególniejszych objawów chorobowych w nowszym czasie postrzeżonych możemy zaliczyć pewną postać pomięszania umysłu, tak zwaną: *„maladie du doute"* zboczenie umysłowe, postrzeżone najprzód przez Falreta, a skreślone klinicznie przez Legranda du Saulle.

Cierpienia tego nie dostrzeżono w szpitalach publicznych, lecz u ludzi w swobodnym ruchu towarzyskim żyjących. Przebiega ono w trzech okresach:

W pierwszym okresie występują obok nietkniętéj zresztą inteligencyi, samoistnie, poniewolnie, bez omamów, pewne szeregi luźnych wyobrażeń o przedmiotach różnorodnych, oderwanych lub nawet wprost niedorzecznych pod postacią ciągłych pytań, na wiatr, jak się mówi rzucanych. Chorzy dotknięci tém zboczeniem zachowują świadomość swego przykrego stanu, uznają niedorzeczność czynienia tych pytań i ich treści. „Wiem że to wszystko sprzeciwa się zdrowemu rozsądkowi, a jednak umysł mój ciągle się tém zajmuje, i nie jestem w stanie niechcieć się tém zajmować", tak się wyraża chory Falreta. Niektórzy z tych chorych podsuwają sobie z całym wysiłkiem woli inne w miejsce tych chorobowych, roztropniejsze wyobrażenia: jeden powtarzał sobie całe stronnice z Bossueta, inny nucił Marsylijankę, napróżno, gdyż wbrew i pomimo tego snuły się upornie pytania o Bogu, słońcu, piorunach, różnicy płciowéj, o śmierci, o wielkości robaków lub główek od szpilek. Ze stanem takim łączy się zaraz ciągłe o wszystkiém powątpiewanie i pewna chorobowa precyzyja, np. każde zamknięcie drzwi kilkakrotnie próbowane, każda kieszeń wielokrotnie opatrywana, ręce 200 razy na dzień myte z ciągłego powątpiewania o ich czystości.

W drugim okresie choroby występnje lęk i obawa w dotykaniu się różnych przedmiotów *(délire du toucher)*, np. klamki u drzwi, które zawsze musi otwierać służący, dotknięcia się stołu w obawie, ażeby się zaraz nie roztrzaskał i t. p.

W trzecim okresie potęguje się ów lęk urojony, zwątpienie ogólne, chorzy stronią od ludzi z podejrzliwości, zapadają w śledziennictwo, zachowując wszelako rozeznanie i świadomość.

Jeżeli z podanego opisu tego dziwacznego cierpienia wykluczymy okres II i III, które nas obecnie obchodzić nie mają, a zatrzymamy w pamięci li tylko cechy okresu pierwszego, tj. owo tworzenie się szeregu pytań dręczących chorego nieustannie i wbrew jego woli, to będziemy mieli obraz innego znów zboczenia umysłowego, zboczenia umysłowo-ruchowego poniekąd odrębnego, jakie znowu psychijatrzy niemieccy napotkali.

Pierwszy Griesinger *(Gesammelte Abhandlungen* I. 180) opisuje cztery przypadki tego, jak mówi, „mało znanego stanu chorobowego, jakiego i nic podobnego nie dostrzegł w żadnym szpitalu publicznym, a tylko wśród osób poza szpitalem żyjących". Z późniejszych lekarzy Oskar Berger *(Archiv f. Psychiatr.* VI. 217) dwa tego rodzaju przypadki chorobowe i H. Obersteiner, (*Wien mediz. Wochenschrft* 1877, Nr. 13, str. 291) jeden tylko taki przypadek w prywatnéj praktyce, zaś Meschede *(Allgem. Ztschrft f. Psychiatr.* XXVIII, 4 i 5 *Heft.* 390), o którym powyżsi autorowie wcale nie wspominają i Wahrendorf (*Allgem. Ztschrft. f. Psychiatr.* XXX, 3, 226), którego znów żaden z tamtych nieprzytacza, każdy z nich po 2 takie przypadki spostrzegali już w zakładach psychijatrycznych publicznych.

Skreślając zboczenie w końcu wymienione, powtarzam, że jestto stan chorobowy tego rodzaju, że dotknięte nim osoby dręczonemi są od pytań, wynurzających się w ich umyśle, treści oderwanéj, obojętnéj, rzucanych bez woli i celu. „W dziedzinie wyobrażeń i myśli, pisze Meschede, nabiera przewagi jakaś chorobowa podnieta, która niejako sposobem automatyczno-mechanicznym, jak owa śruba bez końca, wkręcając się w sprawy myślenia, wszystkie wyobrażenia i pojęcia dochodzące do świadomości kojarzy i przerabia z całą koniecznością na luźne zdania w postaci pytań. Tym sposobem rodzi w umyśle nieliczny szereg pytań i zagadnień, które jakkolwiek niemają źródła swego w jakiéj rzeczywistéj, praktycznéj pobudce, przecież sobą wyłącznie zajmują całą uwagę umysłową, wbrew woli chorego podtrzymują szperawczą czynność duchową i zniewalają do wyrażenia jéj w pytaniach bez względu na czas, miejsce i okoliczności". Pytania, jako takie, wybiegają jedno po drugiém z ust chorego, bez względu na cel swój lub osnowę, takowa jest zawsze przypadkową, różnorodną, niewywołaną omamami lub bredzeniami, w ten, że tak powiem, objątek pytajniczy wpada nawet często treść dziwaczna lub zgoła niedorzeczna np. bezcelowe obelgi w pytaniach rzucane. „Chorobliwość tego stanu, mówi Griesinger, uderza odrazu i nie można go w żaden sposób pomieniać z żądzą wiedzy lub z popędem badawczym jasnego, zdrowego umysłu". Pewna chora, kobieta zresztą wielce wykształacona, zaledwie że nawiedziła Griesingera, już natychmiast błagała natarczywie, aby ją uwolnił od rozpaczy i niepokoju, jakiego doznaje od swych myśli. Myśli te płyną przez jéj umysł w ciągłych pytaniach: „dlaczego właśnie teraz siedzę? dlaczego nie stoję? dlaczego nie chodzę? co znaczy ten stołek? co znaczy każdy szczegół na świecie? jak powstają ludzie? dlaczego i po co istnieją? Inny chory Griesingera mówiąc o kimś przypad-

kowo, zaraz zapytuje: „dlaczego ten człowiek taki niski? dlaczego nie tak wysoki jak dom? Spojrzawszy na niebo, co rychléj pyta: dlaczego świeci słońce? dlaczego niema 2 słońc i 2 księżyców? Trzeci znów chory, wpada już w głębsze, jak sam mówi: dociekania (*Grübeln*), jak powstał robak? jak się utworzyła cała przyroda? skąd pochodzą gwiazdy? skąd nazwa, rozum, mężczyzna a kobieta? Chory Bergera poświęcać musi wiele godzin na odgadywanie pytań treści poprzednio zupełnie dla niego obojętnéj, przemyśliwa w ciągłych pytaniach nad dziełami natury, nad tworzeniem się i rozwojem różnych rzeczy; do 4 nieraz z rzędu godzin zatapiać się musi w myślach nad pytaniami, na które żadna odpowiedź zadowolić go nie może. Drugi chory skarży się w skreślonéj przez siebie historyi swéj choroby na niezwykłą szybkość, z jaką pędzą i roją się w jego umyśle pytania z różnorodnego pola spekulacyi; wyznaje iż nachodzi nań często przymus dociekań w pytaniach przyczyn zjawisk nieraz najprostszych, najzrozumialszych, to znów wpada w namysł wybiegający po za granicę świata rzeczywistego, z czego znów wynika, iż duszę jego napełnia zwątpienie w istnienie najnaturalniejszych objawów. Choremu Obersteinera wciskają się w umysł pytania treści abstrakcyjnéj, pytania przyczynowości wszechrzeczy, nigdy się niekończące i nieraz najniedorzeczniejsze. Z dwóch przypadków chorobowych tego samego rodzaju a spostrzeganych przez Dra Wahrendorfa, jeden chory, sędzia, gubił zawsze swoje zapiski, po czém ciągle męczył napróżno swoję pamięć pytaniami, co tam na nich było zapisaném; pytania te prześladowały go nieustannie i wszędzie, czy to w kole przyjaciół, czy w czasie urzędowania, i na rozprawach publicznych, tak dalece, że pomimo iż zachował przytém całą swoją zdolność zmysłową, wziął urlop i sam zgłosił się celem leczenia do zakładu psychijatrycznego w Ilten. Drugi chory, ksiądz, nie mógł np. przejść przez ogród, ażeby nie pytać się, czemu gałęzie z drzew tak wiszą, czemu nie inaczéj? wiele jest na podwórzu kurcząt? w którą stronę każde z nich ma dziób zwrócone? itp. niedorzecznych pytań bez liku.

Tłem wspólném przyczynowém wszystkich wymienionych przypadków chorobowych było pewne wyrodzenie zdrowotne, samogwałt, nadużycia płciowe i zbyteczne zajęcia umysłowe; wszystkie mają tę także ważną cechę wspólną, że obok pytaczki, prócz pewnych zboczeń nerwowych, jak lęku, przemijającego uczucia gorąca, pewnego uczucia zniszczenia mięśniowego, uczucia nawału naprzemian z uczuciem próżni w głowie, to zresztą wrzekomo władza rozeznania, świadomości, nie doznała u tych chorych szwanku.

Inaczéj pod tym ostatnim względem w 2 przypadkach chorobowych, spostrzeganych przez Meschedego w zakładzie w Schwetz. I tutaj uderza przedewszystkiém ten potok pytań z ust chorych płynący, prawdziwy odmęt, który przypomniał Meschedemu znane przysłowie, iż „jeden błazen może więcéj zadać pytań, niż dziesięciu mędrców na nie odpowiedzieć“; np. czy człowiek może żyć w ciepłocie 1° R., czy Pistoryjusz napisał swe dzieło z pobudek humanitarnych, lub téż z polecenia rządowego? czy układ państwowy może istnieć bez priapizmu? czy Paganini przewyższył Ole-Bulla? czy ciałka krwi u dzieci są téjże saméj wielkości jak u dorosłych? czy można przestrzelić obie kości podudzia bez naruszenia tętnicy? czy chirurg tém się różni od lekarza, że nie słuchał kursu chemii? czy chirurg może znać działanie usypiające eteru? czy wola Stwórcy kurczy tętnicę? czy u mięszańców, białych z murzynami, pozostają paznogcie białemi, lub téż żółtemi, lub brunatnemi? czy kobiety miewają także brzydkie łydki? czy takowe można poprawić przez dobór płciowy? itp. *in dulce infinitum.* Jeszcze późniejsze, banalniejsze pytania czyni chora Meschedego; na któréj kończy się cała znana dotąd kazuistyka tego dziwnego zboczenia umysłowego.

Nasłuchawszy się tylu pytań niedorzecznych, zajmijmy się obecnie pytaniem umiejętném, jakie opisane zboczenie mieć może znaczenie kliniczne, i jak je psychologicznie wytłumaczyć należy.

Wspomniałem już był, że we wszystkich powyższych przypadkach chorobowych, prócz przypadków Meschedego, spostrzegamy świadomość, władzę pojęcia i rozeznania wrzekomo niezajęte jeszcze zboczeniem; chorzy, o których mówimy, oddają się z nietkniętą prawie wcale zdolnością umysłową swym obowiązkowym zajęciom, oddają się zwykłym towarzyskim zabawom, a nikt inny się nie domyśla, niepoznaje, iż w ich umyśle tkwi dotkliwa walka woli z poniewolnemi wpływami rozpytliwości; niedostrzegamy wreszcie u tych osób bredzeń, omamów, ni téż wyobrażeń obłędnych.

Z tych względów zatém nie wypadałoby tych przypadków chorobowych zaliczać, ściśle licząc, do obłąkania, jako zboczenia umysłowego klinicznego; tak samo bowiem i wyobrażenia mimowolne, istniejące same przez się, dopóki stoją jeszcze pod kontrolą rozeznania i nie naruszyły świadomości, nie przekraczają jeszcze granic zdrowia fizyjologicznego.

Z uwagi jednak, iż znaleśliźmy u tychże samych osób objawy wyrodzenia sercowego, niepokój, rozstrój nerwowy, w kilku przypadkach wyposażenie chorobowe dziedziczne, znaleśliźmy nadto przyczyny usposabiające: długotrwały samogwałt, nadużycia płciowe, nużącą pracę umysłową; to wystarcza, ażeby stan taki uważać już za stan zadrażnienia chorobowego umysłowego, ażeby objawy w téj grupie przypadków chorobowych zaliczyć do cech okresu zwiastunnego.

Dlatego i Griesinger nie umieścił tego zboczenia w pewnym dziale nosologicznym, lecz nazwał wprost owe napływowe pytania: wyobrażeniami pomimowolnemi w postaci pytań (*Zwangsvorstellungen in Frageform*) o tyle tylko słusznie, że w spostrzeganych przez niego przypadkach przebija w rzucanych pytaniach treść powzięta poniewolnie z pewnego cyklu zagadek o stworzeniu; o tyle znów niesłusznie, iż najprzód i przedewszystkiém uderza nas popęd ruchowy rozpytliwości jako taki, będący sam sobie celem, a mniéj treść pytań bezcelowa, różnorodna, przypadkowa.

O. Berger i Obersteiner nazywają tę sprawę popędem szperaczym „*Grübelsucht*“; Schüle (*Handb. d. Geisteskr.* 1878. 97) rozróżnia tylko między przypadkami pytaczki zwiastunnemi, a między pomięszaniem umysłu, podobnie Krafft-Ebing (*Lehrb. d. Psychiatr.* 1879, I. 53) uważa pytaczkę jako stan przejściowy do wyobrażeń poniewolnych.

Pomimo tego mniemam, że z wielu względów nie należałoby uznawać bezwarunkowo opisanych „wyobrażeń poniewolnych w pytaniach“, owego „dociekania,“ za prosty objaw przypadkowego zadrażnienia istoty korowéj, lub nawet zadowolić się samą nazwą „zwiastunów“.

Jeżeli chora Griesingera, dotknięta nadto chorobą maciczną, rozpacza nad swą pytaczką aż do utraty snu, drugi chory miewa krom pytaczki także napady padaczkowe, inny wycieńczony przez długoletni samogwałt zazdrości naj-

ubóższemu, iż ten nieznа owego „dotkliwego cierpienia“, na jakie on skazany, a prócz tego cierpi na bezsenność, niedokrewność, miewa drgawki twarzowe, odnóg górnych i uczucie wibracyi w całém ciele, jeśli chory **Bergera** skarży się na ciągłą ze sobą walkę, na rozdwojenie swego ja, na osłabienie umysłowe i uczucie próżni w głowie, jeśli daléj ktoś zamknąwszy dobrze i opuściwszy swe mieszkanie, nie raz, ale co chwila powraca, ażeby się przekonać, czy drzwi zamknął, lub czy papiery ułożone na biórku tak leżą jak je zostawił, jeśli kto całemi godzinami dręczy się pytaniami o rzeczach, o których właściwie mówiąc sam nie myśli i wcale go właściwie niezajmujących, to przyzna każdy, że stan umysłowy taki wolno podejrzywać o głębsze, ważniejsze zboczenia w komórkach korowych mózgu już zapewne wyrodzonego, a przez to tém skłonniejszego do różnorodnych zboczeń pod wpływem przyczyn usposobiających.

W najnowszym czasie uczymy się coraz lepiéj poznawać i rozszerzać granice dla pewnych grup chorobowych mających pewne wspólne tło pochodzenia, mianowicie: **sprawy psychiczne wyrodnicze.**

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. O niezwykłéj chorobie gorączkowéj, obserwowanéj w praktyce prywatnéj.

przez

Dr. **L. Lustgartena** w Krakowie.

Przy wielkim postępie dyjagnostyki chorób gorączkowych jesteśmy w stanie prawie z pewnością odnieść każdy przypadek do pewnéj dokładnéj znanéj nam choroby. Jednak w dostępnéj mi literaturze nie znajduję opisu przypadku podobnego do tego, do opisu którego przystępuję.

Gustawa B. mężatka, 30 lat licząca, przed pójściem za mąż była zawsze zdrową, za mąż wyszła w 17 roku życia, dwa razy rodziła prawidłowo, dwa razy zaś poroniła. Po pierwszym porodzie, a to przed dwunastu laty, przebyła chorobę gorączkową, rozpoznaną przez lekarzy jako dur brzuszny. Po ustąpieniu owego duru pozostała *otitis media* obustronna. Cierpienie to sprowadziło przytępienie słuchu więcéj dające się uczuć w spokoju niż podczas gwaru. Leczenie było prawie bezskuteczne. Od kilku już lat często byłem wzywany do pacyjentki, która była niedokrewną, hysteryczną, doznającą często bólów w okolicy stosu pacierzowego. Choroba obecna rozpoczęła się w pierwszéj połowie Maja zeszłego roku. Objawy jéj były następujące: Chora doznawała często napadów dreszczu z następną gorączką i silnemi potami, dreszcze nie występowały peryjodycznie, śledziona po kilku napadach okazała się obrzękłą .Stan ten, podczas którego pacyjentka w chwilach wolnych od gorączki czuła się stosunkowo dosyć zdrową, nie uskarżała się na brak apetytu i tylko w czasie napadu nie opuszczała łóżka, trwał aż do 30. Maja, od tego zaś dnia gorączka była nieustanna. Termometr pod pachą wskazywał rano 39—39 $^1/_2$ ° C. wieczorem o $^1/_2$—1° niżéj, tętno średnio 96—100 uderzeń w minucie. Śledziona powiększona, przy ucisku bolesna, język obłożony, jednak wilgotny, okolica żołądka przy najlżejszém dotknięciu bolesna, w okolicy kiszki grubéj buczenie. W pierwszym tygodniu było zatkanie stolca, w połowie następnego rozwolnienie, choć niezbyt obfite, a trwało ono kilka tygodni. Stan ten gorączkowy, który chorą osłabił, trwał 35 dni to jest do 5 lipca, w którym to czasie nastąpiła po silnych potach remisyja, ciepłota ciała obniżona z rana 37, wieczorem 36—36 $^1/_2$. Namienić tu wypada, że chora w stanie gorączkowym prawie nic nie słyszała do tego stopnia, że często ja i koledzy wzywani *pro consilio* byliśmy zmuszeni rady swoje piśmiennie jéj komunikować; po ustąpieniu zaś gorączki słuch był jak już poprzednio powiedziałem przytępiony, w każdym jednak razie powracał do pierwotnego stanu. Chora podczas gorączki nie majaczyła. Polepszenie to trwało aż do 19. lipca, czas ten jednak nie przyczynił się do wzmocnienia organizmu pacyjentki, gdyż pomimo ustąpienia gorączki apetyt nie powracał, chora okazywała wstręt do wszelkich pokarmów w ogólności, a zwłaszcza płynnych, z trudnością skłonić ją było można do przyjęcia małéj ilości mleka lub rosołu.

Dnia 19 lipca bez widocznéj przyczyny, bez dreszczu nastąpiło podwyższenie ciepłoty, (tak z rana jak i wieczorem 40—41°), a więc ciepłota była wyższą niż w pierwszym okresie i co zasługuje na szczególną uwagę, że ciepłomierz rano i wieczór nie okazywał prawie żadnéj różnicy. Stan ten gorączkowy trwał do 3 sierpnia i sprowadził znaczny upadek sił. Chora okazywała stanowczy wstręt do przyjmowania lekarstwa jako téż i pokarmów. Odżywianie w tym okresie było nadzwyczaj utrudnione, chora przez dobę całą przyjmowała zaledwie trochę mleka, do przyjęcia rosołu lub wina nader rzadko ją skłonić było można, często po zadaniu lekarstwa lub wina następowały nudności i wymioty. Słuch pogorszył się, jak w pierwszym okresie podczas gorączki. Dodać tu muszę, że chora w niezwykły sposób obchodziła się z matką i siostrą, które ją z poświęceniem dzień i noc pielęgnowały, wyrzucała im że one są przyczyną jéj choroby, przyczém używała niezbyt doborowych wyrazów, wbrew otrzymanemu dosyć starannemu wychowaniu.

Polepszenie z dniem 3 sierpnia nastąpiło nie jak zwykle w chorobach gorączkowych po przesileniu, lecz przez stopniowe zmniejszanie się gorączki *(Lysis).* Rozdrażnienie ustąpiło, chora uniewinniała się z czułością przed rodziną za obelgi, które im bezwiednie podczas gorączki wyrządzała. Ciepłota ciała zeszła stopniowo do stanu normalnego.

Stan ten polepszenia trwał do 16 sierpnia, jak i w pierwszym okresie pomimo ustąpienia gorączki chęć do przyjmowania pokarmów nie powróciła, pozostał ten sam wstręt do płynów, w skutek czego zauważyłem bardzo nieznaczne tylko wzmocnienie organizmu. Dnia 16 sierpnia nastąpiła ponowna eksacerbacyja, trwająca aż do drugiego września. Ciepłota podwyższyła się znowu do 40° C. i wyżéj, nie przekraczając jednak 41°. W okresie tym na podniebieniu twardém tudzież na języku a najobficiéj w kątach ust potworzyły się wrzody błonicze i dawała się uczuć nieprzyjemna woń z ust. Jak już wspomniałem gorączka wysoka, tętno słabe zaledwie wymacalne, 140 uderzeń na minutę, bardzo znaczne osłabienie i wychudnięcie choréj kazały rokować najgorzéj tém więcéj, że chora absolutnie żadnych środków dobrowolnie zażywać nie chciała. W wyżéj oznaczonym czasie, to jest dnia 2. września, nastąpiła remisyja. Ciepłota ciała obniżyła się do 36°, a po kilku dniach stopniowo do 36 $^1/_2$. Wrzody na podniebieniu twardém i w ustach ustąpiły, tętno było wyraźniejszém, 90 uderzeń na minutę, chora choć jeszcze z niechęcią, przyjmowała przecież pokarmy płynne a nawet nieco potraw mięsnych, siły zaczęły nieznacznie powracać.

W dniu 18 września nastąpił czwarty napad, podobny w swych objawach do trzech poprzednich i trwał do 5. paździer-

nika. Dwa ostatnie okresy wybitnie różniły się od poprzedzających o tyle, że chora majaczyła silnie, szczególniéj zaś w ostatnim. Chora wymarzyła sobie, że posiada kopalnie złota i dyjamentów w Kairze i w ten sposób nieustannie bredziła, pamięć o najbliższym świecie rzeczywistym prawie ją opuściła. Chora nie troszczyła się wcale o własne dzieci, nie dopytywała się nigdy o nieobecnego męża, (bawił on wówczas w Meranie). W okresie tym nastąpiło porażenie pęcherza moczowego, potrzebę zaś oddawania kału uczuwała, lecz nie była wstanie przez kilka nawet minut go zatrzymać, po trzech prawie tygodniach porażenie pęcherza moczowego ustąpiło. W tym okresie okazała się także znaczna zmiana w wymowie, chora, że się tak wyrażę, bełkotała i zmarszczka prawa nosowo-ustna była mniéj wyraźna niż lewa, a usta nieco ku stronie lewéj skrzywione. Majaczenie tudzież zmiana w wymowie nie ustąpiły podczas stanu polepszenia, w którym za to wstręt do przyjmowania pokarmów się zmniejszył i siły choréj się wzmogły. Były atoli chwile, w których zupełna powracała przytomność i w tych chora oświadczała, że to musi być bardzo śmiesznem dla otaczających słuchać jéj bredzeń. Polepszenie to trwało do 22 października, w którym to dniu nastąpił napad 5ty trwający do 4 listopada, podobny zupełnie do wyż opisanych; ciepłota i w tym napadzie była niższą aniżeli w poprzednich. W tym czasie rodzina choréj zwątpiwszy o pomyślnym rezultacie leczenia w domu, zażądała odemnie towarzyszenia jéj do Wiednia, dla zasięgnięcia porady lekarzy tamtejszych; a że w tym samym czasie miałem zamiar poddać chorą leczeniu hydroterapeutycznemu, zgodziłem się chętnie na ich żądanie. Dnia 5 listopada chora z rodziną w towarzystwie mojém udała się do Wiednia. Podróż trwającą godzin ośm chora zniosła nadspodziewanie dobrze, chętniéj przyjmowała pokarmy. W trzecim dniu po przybyciu do Wiednia dostała o godzinie dziesiątéj zrana silnych dreszczów trwających godzinę, poczém nastąpiła gorączka z ciepłotą 41° C., która o godzinie 5 popołudniu po silnych potach ustąpiła.

Dnia 11 Listopada oddałem ją do zakładu wodoleczniczego w Kaltenleutgeben, gdzie 20 t. m. nastąpil napad szósty trwający do 11 Grudnia. Napad ten, jak się od rodziny, która z chorą 15 grudnia do Krakowa powróciła, dowiedziałem, nie był łagodniejszym od poprzednich, ale podczas leczenia zimną wodą apetyt powrócił do stanu normalnego, a chociaż gorączka była jeszcze silną, chora przyjmowała i znosiła potrawy nawet mięsne. Chorobowe wytwory imaginacyi nie opuściły wprawdzie całkowicie umysłu, chora marzy od czasu do czasu o Kairze, ale już szybko się oryjentuje i zdaje sobie sprawę, że kopalnie są tylko urojeniem.

Po powrocie z zakładu odwiedzając chorą kilkakrotnie zauważyłem, że apetyt zupełnie jest prawidłowym, chora nabiera stopniowo coraz więcéj ciała, władze umysłowe chociaż powoli jednak wracają do stanu przedchorobowego, pacyjentka okazuje zainteresowanie się otaczającym ją światem, chęć do czytania powróciła, dłuższe siedzenie nie nuży jéj, a nawet przy obcéj pomocy chętnie przechadza się razy kilka po pokoju. We wszystkich okresach podczas trwania gorączki chora cierpiała ból głowy, nie występował on jednak silniéj, jak to zwykle przy chorobach gorączkowych ma miejsce. Upławy czerwone chora miała tylko dwa razy w okresie pierwszym, nie były one jednak zbyt obfite, i aż do czasu obecnego nie powtórzyły się. Podczas całéj choroby powłoka skórna była na wszelkie choćby najlżejsze dotknięcie bardzo wrażliwą, podczas ostatnich czterech napadów chorą męczyła czkawka całemi godzinami, zresztą w organach wewnętrznych nie znalazłem żadnéj wybitnéj zmiany chorobowéj; kilkakrotne badanie moczu okazywało, że składniki jego zawsze były prawidłowemi, tudzież badanie mikroskopijne krwi dokonane przez asystenta kliniki wewnętrznéj Dra Ponikłę nie okazało żadnéj nieprawidłowości oprócz, że ciałka krwi były nieco bledsze. Pomimo tak długiego trwania choroby i zostawania w łóżku nie było odleżenia. Dla uzupełnienia obrazu dodaję, że chora zawsze rozpoznawała znajome osoby, i nawet przy najsilniejszém majaczeniu na zadawane pytania dawała choć nie loiczne ale niezupełne sprzeczne z pytaniem odpowiedzi.

Leczenie w pierwszym okresie ograniczało się do zadawania solanu chininowego i do obmywań wodą z octem; dla wstrętu do przyjmowania lekarstw w następnych okresach prawie żadnych już środków lekarskich nie zadawano, aż dopiero w okresie piątym po odbytéj naradzie z Profesorami Dr. Korczyńskim i Oettingerem, Doc. Drem Pareńskim i Drem Warschauerem, zaordynowano choréj Solutio arsenicalis Fowleri w dawkach po 3 krople rano i wieczór, zwiększając takowe po 2 krople na dzień aż do dwunastu. Środek ten zalecony był również przez prof. Bambergera i Duchka, jako téż i podczas leczenia hydroterapeutycznego. Dla tegoż samego powodu odżywianie w następnych okresach uskuteczniano przeważnie za pomocą lewatyw; wprowadzano tą drogą do organizmu pepton Sandera i krew pozbawioną włóknika a także środki lecznicze, przyczém zauważyłem, że środki te odżywcze chora znosiła z dosyć dobrym skutkiem.

Na tém miejscu nie od rzeczy będzie zastanowić się nad możliwém rozpoznaniem opisanéj choroby. Nie mam zamiaru podawać tu jakiejś ściśle określonéj dyjagnozy, gdyż jak w samym początku powiedziałem, uważam przypadek ten jako do téj pory nieopisany. Trudno przypuszczać, żeby to był jakiś pierwotyp, prawdopodobniéj przypadki takie zdarzały, się, jednak dotknięte niemi jednostki nie znajdowały się może w tak szczęśliwych warunkach, i dla braku stósownéj opieki tylu i tak długotrwałych napadów gorączki nie wytrzymały, a tém samém nie mogły być materyjałem do obserwacyi lekarskiéj. Wezwany w początku czerwca zeszłego roku, to jest w czasie kiedy chora nieustannie gorączkowała, rozpoznałem ze wszystkich towarzyszących a już odpowiedzianych objawów cierpienie ówczesne jako dur, na co téż zgodzili się i wezwani na naradę koledzy, Dr Warschauer, doc. Pareński i prof. Domański. Okres drugi rozpoznano jako dur powrotny, okres trzeci jako *febris hectica.* Dla nazwania okresów następnych zabrakło wyrazów w terminologii chorób zakaźnych. Proff. uniw. wiedeńskiego Duchek i Bamberger przy naradzie orzekli, że choroba ta od samego początku nie była niczém inném, jak przewlocznem zapaleniem opon mózgowych, zostającém w ścisłym związku z poprzedzającą chorobą uszu *(otitis media)* i wskutek długiego trwania téj choroby dopatrzyli się w ówczesnym stanie zaniku mózgowego *(atrophia cerebri),* któremu to cierpieniu przypisywali majaczenia i utratę pamięci u choréj. Stan ten uznali za niepozostawiający żadnéj prawie nadziei i na podstawie tego rozpoznania nie podzielali mego zdania, aby oddać chorą do zakladu wodoleczniczego. Na rozpoznanie i rokowanie ich nie mogłem się zgodzić, uważając stan choréj za nie tak dalece rozpaczliwy; odbyłem przeto naradę z doc. Drem Winternitzem kierownikiem zakładu w Kaltenleutgeben, po któréj zgodził się on przyjąć chorą do swojego

zakładu; uważając cierpienie jéj jako następstwo przebytego duru, upatrywał on w ówczesnym stanie choroby wielką analogiję z chorobą w najnowszych czasach opisaną pod nazwą *anaemia perniciosa*. Skutki leczenia hydroterapeutycznego okazały się, jak już powiedziałem, pomyślne. Chora po opuszczeniu zakładu w Kaltenleutgeben zatrzymała się z rodziną dni kilka w Wiedniu, gdzie pp. Duchek, Bamberger i Winternitz przy ponownéj naradzie znaleźli znaczne polepszenie w stanie jéj obecnym i przypuszczali możebność zupełnego wyzdrowienia. Rozpoznali oni i teraz chorobę tę jako cierpienie mózgu, dodając przecie, że w ogóle rozpoznanie tu jest bardzo trudne i wątpliwe. Chora po przyjęciu do zakładu ważyła 32, dziś waży 44 $^1/_2$ kilogramów. W prostym stosunku do przybywania ciała widocznym jest także powrót władz umysłowych. Chora, która dawniéj w stanie nawet bezgorączkowym bujała myślą po światach wymarzonych, okazywała nieczułość dla najbliższéj rodziny i zatraciła była wszelkie poczucie wstydliwości kobiecéj, chora ta dziś jak każda matka pieści swe dzieci, odczytuje listy odbierane od męża i odpowiada na nie, słowem stan jéj jest widocznie na drodze ciągłego polepszenia. Przy zaniku mózgowym trudnoby było podobnych rezultatów się spodziewać. Nie mogąc się więc zgodzić na rozpoznanie *meningitis chronica sequente atrophia cerebri*, przyznać muszę, że zdanie, jako choroba ta od samego początku nie była durem, zdaje mi się być prawdopodobném, chociaż wszystkie objawy za nim przemawiały. Dur zaliczyć możemy do rzędu chorób najdawniéj i najlepiéj nam znanych, a przecież nigdy i nigdzie nie zdarzyło się spostrzedz następstw podobnych do tylko co opowiedzianych. Czyż mamy przypuszczać, że w tym jedynie przypadku dur przebiegł w zupełnie inny a niezwykły sposób, i czy raczéj w téj chorobie nie moglibyśmy znaleść analogii z cierpieniem ustroju nerwowego? Wszak choroby nerwowe mają tę właściwość, że występują w napadach nieregularnych, a nawet i ta silna gorączka nie byłaby zjawiskiem zupełnie anormalném, spotyka się ją często i w t. zw. chorobie Basedowa. Przypuszczenie to cierpienia ustroju nerwowego staje się prawdopodobniejszém jeszcze przez tę okoliczność, że chora pierwéj przebyła ciężkie i długotrwałe zmartwienie, o czém się w toku leczeniu dowiedziałem i że przez cały przeciąg choroby obok silnéj gorączki przypadłości nérwowe, jak czkawka, majaczenia, wstręt do pokarmów wszelkich i utrata wstydliwości były charakterystycznemi. Są to objawy chorobowe, które bardzo często i przy hysteryi napotykamy.

IV. Oceny i sprawozdania.

Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, pod redakcyją Edw. Klinka. Rok 1880, zeszyt I. Ogólnego zbioru tom LXXVI.

Treść wydanego właśnie za pierwszy kwartał rb. zeszytu Pamiętnika Tow. lek. warsz., który przeszedł pod główną redakcyję Dra Klinka, jest nader urozmaiconą i bogatą. W pierwszéj części, jak zwykle, znajdujemy kilka rozpraw naukowych z medycyny tak praktycznéj jako i teoretycznéj, w drugiéj zaś zamieszczono szczegółowe sprawozdanie z posiedzeń i czynności Towarzystwa.

W części naukowéj znajduje się 1) Dra St. Smoleńskiego opis „trzech przypadków następstw ograniczonego przewłocznego zapalenia otrzewny i tkanki podotrzewnowéj,“ postrzeganych w klinice lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie. Przypadki te, odczytane r. zeszł. w Tow. lek. krakowskiém, zasługują z tego względu na uwagę, że w każdym z nich na téj saméj podstawie anatomicznéj rozwinęły się bardzo różnorodne następstwa, wynikające jedynie z różnorodnego usadowienia sprawy zapalnéj w otrzewny i tkance podotrzewnowéj, a tém samém wywołały bardzo odmienne obrazy chorobowe. W jednym z tych przypadków, ważnym nie tyle ze względów klinicznych, ile patogenetycznych, rozwinęło się bez wiadoméj przyczyny przewłoczne zapalenie otrzewny i tkanki podotrzewnowéj ograniczone do wnęki wątrobowéj (*peritonitis et retroperitonitis portalis*), a rozwijająca się skutkiem tego tkanka łączna około żyły wrotnéj (*peripylephlebitis fibrosa)* kurcząc się i ściągając tamowała swobodny przepływ krwi w żyle wrotnéj a tém samém sprowadziła warunki sprzyjające (przez podwyższenie tarcia krwi i parcia ościennego) zapaleniu wewnętrznéj błony téjże żyły (*endophlebitis portalis chron. atherom.*), tém bardziéj, że krążenie wątrobowe u chorego było już poprzednio upośledzone skutkiem zmian w klatce piersiowéj i stosie pacierzowym, przebytéj zimnicy i zmian miażdżycowych w tętnicach. Wpływy te nareszcie pociągnęły za sobą zakrzep krwi (*pylethrombosis)*. W drugim przypadku u kobiety z rakiem włóknistym sutka prawego wywołało takież zapalne bujanie tkanki łącznéj w sąsiedztwie niedrożność przewodu wątrobowego; w trzecim zaś u dziewczyny 16-letniéj skutkiem sprawy zapalnéj pierwotnie w żołądku przebiegającéj (po otruciu?) rozwinęło się zapalenie przewłoczne tkanki łącznéj około trzustki wraz z przerostem śródmiąższowym tegoż gruczołu; w innych zaś miejscach sprawa zapalna na otrzewny zakończyła się wytworzeniem pasm ścięgnistych, spajających żołądek z częściami sąsiedniemi. Najważniejszemi były zmiany zapalne w dolnéj części gardziela, gdzie skutkiem przerostu tkanki łącznéj podśluzowéj powstało znacznego stopnia zwężenie gardziela, będące przyczyną postrzeganych za życia wymiotów po każdém jedzeniu.

2) W drugiéj z rzędu pracy przedstawia Dr. Heiman doświadczenia swe „nad wpływem chlorku pilokarpinu na krążenie krwi i wydzielanie potu.“ Praca ta, dokonana pod kierunkiem prof. Nawrockiego, już przeszło rok temu ogłoszoną została w języku rosyjskim w rozprawie dysertacyjnéj autora, jest zatém nieco spóźnioną, przynosząc rzeczy po większéj części znane z publikacyj prof. Nawrockiego. Co się tyczy wpływu chlorku pilokarpinu na krążenie, znajdujemy tu szczegółowy opis dokonanych na psach i kotach doświadczeń, których wypadki zgadzają się z podanemi już dawniéj przez Nawrockiego rezultatami. Po zastrzyknięciu małych dawek pilokarpinu postrzegł autor krótkotrwałe obniżenie parcia krwi, bez względu na to, czy przecięto poprzednio nerwy błędne lub nie. Jeśli przed doświadczeniem przecięto rdzeń pacierzowy na wysokości pierwszego kręgu szyjowego, to po zastrzyknięciu pilokarpinu parcie krwi się obniżało, które to obniżanie jest zatém następstwem osłabienia napięcia (*tonus*) nerwów naczynioruchowych. Że nn. stłumiające (*depressores*) nie mają w tém żadnego udziału, dowodzi zmniejszenie się ciśnienia krwi po przecięciu nerwów szyjowych. Zwolnienie tętna, występujące po większych ilościach pilok. jest następstwem zadrażnienia obwodowych końców nerwu błędnego, gdyż zwolnienie to pojawia się tak przy nienaruszonych jak i przeciętych nn. błędnych. Stopień zwolnienia uderzeń serca po

zastrzyknięciu pilokarp. nie pozostaje w prostym stosunku do ilości zastrzykniętego leku. Wpływ pilokarpinu na wydzielanie potu badał autor na kotach, przyczém przyjmując wyniki badań Nawrockiego co do położenia ośrodka potowego w rdzeniu przedłużonym, doszedł na podstawie własnych doświadczeń do przekonania, że pilokarpin wywołuje poty drażniąc obwodowe końcówki nerwów wydzielniczych (zgodnie z dośw. Luchsingera, Nawrockiego i Marmégo), oraz że pilokarpin nie działa wcale na ośrodek potowy (jak to przeciw Nawrockiemu podają Luchsinger i Marmé). Nareszcie stwierdził Dr. H. antagonistyczne działanie atropinu względem pilokarpinu, tak że po zastrzyknięciu małych dawek atropinu pilokarpin nawet w większych ilościach nie zdoła wywołać potów, jak to twierdzi Luchsinger.

3) Z kolei spotykamy się z pracą Dra Nussbauma, wykonaną również w pracowni fizyjologicznéj prof. Nawrockiego, pn. „O unerwieniu mięśnia wyżymacza pęcherza moczowego (*m. detrusor vesicae*).“ Z licznych doświadczeń autora wynika: Bodźce wywołujące skurcz męcherza wychodzą ż mózgu (zgodnie ze zdaniem Budgego i Sokownina) i przechodzą dwiema drogami, tj. drogą nerwów rdzeniowych ze splotu krzyżowego oraz drogą nerwów współczulnych (Sokownin). Włókna rdzeniowe ruchowe męcherza przechodzą w części przez 1szą, a głównie przez 2gą i 3cią parę przednich korzeni splotu krzyżowego. Włókna spółczulne ruchowe męcherza wychodzą ze rdzenia poniżéj 3go kręgu lędźwiowego i *a*) za pośrednictwem wielkiego nerwu spółczulnego lędźwiowego i drobnych nitek szarych dochodzą do zwoju kreskowego dolnego, skąd dwiema szaremi nićmi dochodzą do męcherza, *b*) omijając zwój kreskowy dolny przebiegają ku męcherzowi w wielkim nerwie spółczulnym. W rdzeniu istnieje ośrodek ruchowy dla męcherza, w okolicy 3go i 4go kręgu lędźwiowego, dokąd dochodzą nerwy czuciowe męcherza: *a*) rdzeniowe, w pęczkach tylnych splotu krzyżowego, przeważnie w pierwszéj i drugiéj parze tegoż splotu; pobudzanie tych nerwów przechodzi z jednéj strony na włókna ruchowe pęczków przednich tegoż splotu, z drugiéj strony na nerwy spółczulne, dochodzące ze rdzenia do zwoju kreskowego dolnego, ztąd do męcherza, *b*) spółczulne z męcherza przez wielki nerw spółczulny lędźw.; z włókien tych pobudzenia odruchowe przechodzą wyłącznie na nerwy spółczulne ruchowe męcherza. Zwój kreskowy dolny stanowi ośrodek odruchowy dla nerwów czuciowych i ruchowych spółczulnych męcherza. Drażnienie wszystkich nerwów czuciowych ciała wywołuje za pośrednictwem mózgowego ośrodka dla męcherza odruchy mięśnia wyżymacza moczu, z wyłączeniem nerwów błędnych, które wyjątkowo tylko ruch męcherza pobudzić mogą.

Piękna ta praca, podająca wiele szczegółów nowych nad unerwieniem męcherza, potwierdza między innemi fakt postrzegany najpierw przez Sokownina, a rzucający nowe światło na fizyjologiczne znaczenie zwojów nerwu spółczulnego, że mianowicie takowe mogą stanowić ośrodki odruchowe, jak to przynajmniéj ma się ze zwojem kreskowym dolnym względem nerwów czuciowych i ruchowych spółczulnych męcherza.

4) W czwartéj z rzędu rozprawie zastanawia się T. Anders nad działaniem kwasu chryzofanowego w łuszczycy (*psoriasis*). Leku tego używał autor w 7 przypadkach wzmiankowanéj choroby, dodając do 100 części maści woskowéj 25 cz. kwasu chryzofanowego. Tak przyrządzoną maść wciera się w części skóry chorobowo zmienione za pomocą pędzelków lub szczoteczek szczecinowych. Przy takiém leczeniu łuszczyca ustępuje bardzo rychło. Przed zastósowaniem maści chryzofanowéj należy łuski ile możności oddalić najlepiéj za pomocą wcierań szarém mydlem. Wcierając maść chryzofanową trzeba bacznie oszczędzać skóry zdrowéj, aby uniknąć różycowego zapalenia skóry. Wysypka leczona maścią chryzofanową blednie po kilku nacieraniach od brzegów ku środkowi. O ile leczenie to zabezpiecza od rychłych nawrotów choroby, pozostaje wątpliwém.

5) Wł. Matlakowski opisuje z kliniki chirurgicznéj prof. Kosińskiego „dwa przypadki kostniaków mnogich“. U 40-letniego włościanina znaleziono na łopatce (na któréj?) guz wielkości pięści, twardy, nierówny, nieruchomy, zrosły z kością, takaż narośl mniejsza znajdowała się na grzebieniu łopatki (zdaje się téj saméj), nadto na kości ramieniowéj lewéj i prawéj, zwlaszcza w miejscu przyczepienia m. piersiowego większego, na kościach udowych, na piszczeli prawéj, kości łydkowéj lewéj, kostkach itp. liczne zgrubienia i narośle. W innym przypadku u mężczyzny 31 letniego z kostniakiem łopatki (któréj?) wykryto również na górnych końcach stawowych obu kości piszczelowych, jako téż na kłykciach wewn. kości udowéj (któréj?) spore kostniaki. Brat chorego według opowiadania matki ma podobno takież samo posiadać guzy. Autor zastanawiając się nad patogenezą kostniaków mnogich, zwłaszcza nad ich niewątpliwym związkiem z przyczepami mięśni, skłania się do dawnéj teoryi, któréj przeczy Virchow, a według któréj powstanie nowotworów tych można odnieść do wyciągania tkanki kostnéj przez mięśnie i ścięgna.

6) Edw. Klink: „Owrzodzenia szankrowe i pierwotne stwardnienia przymiotowe na niezwykłych miejscach ciała.

Nie mogąc streszczać różnych przypadków postrzeganych i opisanych w téj pracy, ograniczymy się tylko do ich zestawienia dla unaocznienia, jak często zdarzają się owrzodzenia szankrowe na niezwykłych miejscach ciala, nadto na których miejscach części płciowych pojawiają się takowe najrzadziéj. Pośród 2846 owrzodzeń wenerycznych (owrzodzenia szankrowe i pierwotne stwardnienia kiłowe) napotykanych przeważnie u kobiet, postrzegano: na częściach płciowych zewn. 154 razy, na wargach sromnych większych 186, mniejszych 204, w dołku łódkowatym 672, u wéjścia pochwy 718, w głębi pochwy 15, na części pochwowéj macicy 83, na skórze międzykrocza 79, okolo otworu stolcowego 78, w otworze stolcowym 269, w otworze cewki moczowéj 133, na wzgórku łonowym 3, na łechtaczce 17, na pośladkach 13, na języku 1, w nosie 1, na skórze nosa 1, na głowie, na palcach 4, na stopie 1, na brodawkach piersiowych 24 razy.

7) Nareszcie znajduje się rozprawka treści polemicznéj St. Kośmińskiego p. n. „kilka słów o wymóżdżeniu i cięciu cesarskiém“, w któréj autor przytaczające naukowe wskazania dla obydwu tych rękoczynów, daje należytą odprawę inspektorowi urzędu lekarskiego p. Suckowi, który niedawno temu podał do wiadomości, że w razach trudnego porodu, gdy płód żyje, nauka daje cięciu cesarskiemu pierwszeństwo przed zmiażdżeniem czaszki lub jéj nakłóciem, i że lekarze postępujący inaczéj, ponieważ dopuszczają się czynu karygodnego, do odpowiedzialności sądowéj pociągnięci zostaną.

Pomijając część drugą pamiętnika, tj dział sprawozdań z posiedzeń Tow. lek. warszawskiego, namienić jeszcze wypada, że jako dodatek umieszczono w końcu bardzo szczegółowo opracowany „Przewodnik do chemicznego badania wody pod względem higijenicznym" przez Wł. Lepperta, napisany z polecenia Towarzystwa.

Jak widzimy, pierwszy tegoroczny zeszyt Pamiętnika przedstawia się nader poważnie. Prace i spostrzeżenia niewątpliwéj wartości naukowéj są jego ozdobą· Należałoby tylko skrzętniéj baczyć na konsekwencyję i jednolitość w terminologii i pisowni oraz wystrzegać się rażących zmylek drukarskich. Wyrażenia jak naczynia wątrobiane, *unguent. ex hydrargyrii praecipitati albi*, *eczemam artificialem* (ma to być 4 przyp. liczby pojed.), *miositis*, kaheksyja, wypadek (zamiast przypadek), pasożyt, pasożytny itp. drobnostki rażą niewypowiedzianie czytelnika i nie powinny znajdować się w wydawnictwach uczonego Towarzystwa. *St. Sm.*

Maks. Runge: **O związku między chorobami zakaźnemi a przerwaniem ciąży.**

Po kilku wstępnych ogólnych uwagach dotyczących historyi niniejszego przedmiotu podaje autor fakt: że płód pod wpływem choroby ostréj zakaźnéj albo obumiera i wywołuje następowo czynność porodową albo téż czynność porodowa występuje pod wpływem choroby pierwotnie. Stwierdzenie téj różnicy o ile łatwem jest, gdy poronienie następuje w późniejszym okresie ciąży, o tyle trudném jest i zawikłaném, gdy takowe ma miejsce w pierwszych miesiącach.

Pod względem pierwotnego obumierania płodu przytacza autor znane czynniki, tj. zbyt wysokie podniesienie ciepłoty ciała płodowego; zboczenia w oddychaniu łożyskowém; przejście przyrzutu do organizmu płodu a wreszcie zmiany anatomiczne łożyska i zastanawia się nad niemi po szczególe.

Podejmując pierwszy czynnik powołuje się na prace Hohla, Hütera, Friedländera i Kamińskiego, którzy spostrzegali, że równo ze wzrostem ciepłoty ciała matki bywa przyspieszoną czynność serca płodu i ruchy częstszemi, a przy znacznéj ciepłocie następuje obumarcie. Niebezpieczeństwo dla płodu zaczyna się przy 40° ciepłoty ciała matki, a ciepłota 42—42·5 jest absolutnie śmiertelną. W téj mierze robił autor doświadczenia na królicach ciężarnych i przekonał się, że przy podniesieniu sztucznèm ciepłoty ciała królicy płód obumierał zawsze prędzéj niż matka. Jako średnią ciepłotę, przy któréj płody królicze obumierały, podaje autor 41·5. Ponieważ w wielu chorobach zakaźnych organizm matki produkuje bardzo wysoką ciepłotę, przeto tę przyczynę obumierania płodu uważa autor za najczęstszą.

Pod względem kwestyi zaburzeń w oddychaniu łożyskowém podnosi autor szczególniéj spostrzeżenia Zuntza, poczynione na zwierzętach, które wykazują, że płód oddaje kwasoród organizmowi matczynemu, jeżeli takowy cierpi z jakichkolwiek powodów brak kwasorodu. W celu przekonania się o tém robił autor następujące doświadczenia: pod ogrzanym 5% rozczynem soli kuchennéj otwierał jamę brzucha i macicy królicy, wydobywał jedne jaja delikatnie, drugie zaś pozostawiał w macicy. Po uskutecznieniu tego przygotowania dusił królice, poczém przy badaniu jaj okazywało się zawsze, że płody w jajach w macicy pozostawionych były obumarłe, podczas gdy w jajach wyjętych z macicy przed uduszeniem królicy okazywały jeszcze znaki życia. Fakt ten tłumaczy w ten sposób, że płody w jajach wyjętych utrzymywały się przy życiu swojém kwasorodem zapasowym, podczas gdy te, które zostały w jamie macicy, oddały takowy organizmowi matczynemu a tém samém wcześniéj obumrzeć musiały.

Brak kwasorodu jest przyczyną obumarcia płodu nie tylko w przypadkach zamartwicy u matki, ale także i w przypadkach, w których istnieje znacznie zmniejszona energija kurczliwości serca albo znacznie zmniejszone parcie ościenne w tętnicach, jak niemniéj i w przypadkach znaczniejszéj niedokrewności matki.

Że przyrzut może przechodzić do organizmu płodu, wiemy z przypadków ospy równoczesnie u matki i płodu występującéj. Nie dzieje się to jednak zawsze, matki bowiem cierpiące ospę rodzą dzieci zdrowe. W tym przedmiocie udowodnionèm jest, że rozczyny i gazy mogą przechodzić do organizmu płodu z organizmu matczynego, czy atoli istoty upostaciowane także przechodzą, pozostaje zagadką, aczkolwiek możebność przechodzenia jest wielce prawdopodobną.

W dalszym ciągu przytacza autor poszczególne choroby zakaźne, w których stwierdzono równoczesne zakażenie płodu, jak płonicę, odrę, zimnicę i co do innych zaś podnosi, że zakażenia płodu dotąd nie widziano, jak w trychinozie, albo że obumarcie następuje skutkiem znacznie podniesionéj ciepłoty, jak w durze.

Najmniej do dziś zbadanym jest ostatni czynnik wywołujący obumarcie płodu, tj. zmiany anatomiczne w łożysku; znaném jest tylko spostrzeżenie Slaviańskyego, który w cholerze znalazł zmętnienie przybłonka kosmków łożyskowych i na podstawie tegoż śmierć płodu uzasadnia.

Reasumując wszystko powiada autor, że niebezpieczeństwo grożące obumarciem płodu skutkiem przejścia zakażenia do organizmu dziecka przydarza się nader rzadko i nie odnosi się do wszystkich chorób, prawdziwie niebezpiecznemi zaś dla płodu są wysokie stany gorączkowe i utrudniona odnowa krwi w organizmie matki.

W kwestyi pierwotnego wzniecenia czynności porodowéj przez choroby zakaźne ostre, wiadomém jest: że wysokie stany gorączkowe, dłuższy czas istniejące, jak niemniéj ilościowe i jakościowe zmiany we krwi organizmu matczynego mogą wywołać skurcze macicy, jak to doświadczenia Osera i Schlesingera dowodzą. Twierdzenie to zdaje się być na pozór sprzecznèm z tém, co wyżéj powiedziano; otóż autor powiada, że stosunek zachodzi tutaj mniéj więcéj taki: jeżeli np. ciepłota matki wzrasta szybko do 41°, to płód obumiera, jeżeli zaś cieplota np. 40° trwa czas dłuższy, wznieca się czynność porodowa i płód może się urodzić żywy.

Do częstych przyczyn obumierania płodu wśród chorób zakaźnych ostrych zaliczano od dawna krwotoki łożyskowe; autor namienia zatém, że krwotoki w przypadkach duru brzusznego odnoszą się do poronień wczesnych, podczas gdy znane są przypadki, gdzie w późniejszym okresie ciąży następował poród bez krwotoku.

Pytanie zatém, czy w tych razach krwotok jest przyczyną lub skutkiem, zostawia autor nie rozstrzygniętém.

(Badanie złogów włóknikowych pod względem ich przeobrażenia się winno w takich przypadkach dawać wyjaśnienie, czy krwotok jest pierwotnym lub nie. *Przyp. Sprawozd.*)

Wreszcie czyni autor praktyczny wniosek: że leczenie skierowane przeciw objawom chorób zakaźnych ostrych jest zarazem najczęściéj leczeniem zapobiegającém obumarciu płodu a względnie przerwaniu ciąży. *Dr. Mars.*

Prof. Frisch: **O tamponadzie tchawicy w przebiegu dyfteryi.**

Przypuszczając, że błony dyfterytyczne są wytworem miejscowego swoistego zapalenia błon śluzowych, podobnie jak błony dyfterytyczne ran, F. upatruje przyczynę niedostateczności dotychczasowego leczenia miejscowego błonicy w tém, że nie zdołamy ograniczyć sprawy zapalnéj do miejsca dla leczenia przystępnego, a więc nie możemy zapobiedz ogólnemu zakażeniu jadem błonicowym. W téj myśli już przed 10 laty próbował Trendelenburg tamponować gardziel i tchawicę (po tracheotomii). Toż samo postępowanie Trendelenburga, nieco zmodyfikowane, poleca i Frisch. Trendelenburg postępował w 2 przypadkach dyfteryi w sposób następujący: Po wprowadzeniu rurki tchawiczéj i należytém nadęciu otaczającego ją balonika, tudzież po zatkaniu gardziela tamponem, starał się najprzód, wlewając wodę do ust, przekonać, czy przyrządy te szczelnie domykają; następnie gębę i jamę nosową napełnił 1% rozczynem *acidi sulfo-carbolici* i przestrzykiwał za pomocą irygatora tymże rozczynem to jamę nosową to gębę przez 5 min., dopóki i z ust i z nosa nie wypłynęła wielka ilość szczątków strzępiastych błon dyfterytycznych i mas śluzowo-ropiastych. Gdy już rozczyn powyższy odpływał czysty, wydalil przechylając głowę chorego resztę płynu z ust i z nosa, przepłukał raz jeszcze wodą i oddalił tampony, tak tchawiczy jak i gardzielowy. Nazajutrz prócz silnego nastrzykania i drobnych utrat substancyi na języku znajdowały się już tylko na migdałkach drobne nacieki szare, które po parokrotném zwilżeniu rozcieńczonym kwasem solnym również znikły. Jedno dziecko wyzdrowiało w krótkim czasie; w drugim przypadku nastąpiło zejście śmiertelne, gdyż podczas operacyi znaleziono już naciek dyfterytyczny złożony na błonie śluzowéj tchawicy. Podobnie niepomyślny przypadek miał i Frisch, gdzie skutkiem oporu rodziców przystąpiono do rękoczynu bardzo późno, t. j. gdy już istniały w wysokim stopniu objawy ogólnego zakażenia; dziecko zmarło wkrótce po operacyi. Trudno oznaczyć czas, w którym jeszcze mimo istniejących objawów zakażenia ogólnego powyższe postępowanie może dać pomyślne wyniki. Zakażenie w wysokim stopniu już rozwinięte nie pozwala wprawdzie wiele się spodziewać po leczeniu miejscowém, chociaż z drugiéj strony wiadomo z doświadczenia, że rozwijające się zakażenie ogólne (np. przy dyfteryi ran) może ustąpić po energiczném zniszczeniu ogniska zakaźnego. Trzeba tu także wziąść na uwagę odporność osobniczą chorego, oraz uwzględnić stosunki miejscowe, mogące mniéj lub więcéj sprzyjać dostaniu się składników septycznych do krwi. W ogóle ustanowić można następujące wskazania dla powyższego miejscowego leczenia błonicy: 1) Operacyja powinna być bezwarunkowo wykonaną, jak tylko pojawiają się przypady rozwijającego się zakażenia ogólnego, nie należy zaś w żadnym razie wyczekiwać objawów ścieśnienia krtani. 2) Postępowanie to jest również racyjonalném w dławcowéj postaci dyfteryi gardła z równoczesném zajęciem jam nosowych. W takich razach zatkanie tchawicy i gardziela umożebnia dosadne zastosowanie leczenia miejscowego. 3) W każdém cierpieniu dyfterycznem krtani, ilekroć objawy ścieśnienia krtani wymagają zabiegu operacyjnego, metoda powyższa zasługuje na pierwszeństwo przed zwykłą tracheotomiją, gdyż po usunięciu przeszkód w oddychaniu możemy przystąpić do miejscowego leczenia błon śluzowych sprawą dyfterytyczną zajętych. Jakich środków najlepiéj używać do przepłukiwania gardła i jam nosowych? Frisch poleca wprowadzone do terapii przez E. Ludwiga rozczyny neurynu, tudzież tetrametylammoniumhydroxyd i tetraetylammoniumhydroxyd, z uwagi na ich oddziaływanie alkaliczne, własność rozpuszczania włóknika i nadzwyczajne działanie przeciwgnilne. (*Wien. med. Blätter* N. 5, 6, 7, 1880) *St. Sm.*

Cesbron: **O skurczeniu się mięśni z powodu kiły.**

C. zauważył tak w okresie kiły wczesnéj jako téż późnéj, niemniéj w okresie kiły tak zwaném „przechodowym" *(transition)* skurczanie się mięśni powstałe bez żadnego dostrzegalnego obrażenia mięśnia lub téż tkanek sąsiednich. Zmianie téj ulegają mięśnie łydkowe, szczękowe (żwacze) ale najczęściéj podlega temu cierpieniu dwugłowy, ramienia *(biceps brachii.)* Jeżeli zajętym jest m. dwugłowy następuje niemożliwość wyprostowania ramienia w łokciu. Próbując przemocą wyprostować ramię czujemy dokładnie opór, jaki nam stawia ten mięsień, którego ścięgno mocno naprężone dokładnie się pod skórą uwydatnia; brzusiec mięśnia wypukla się mocno i twardnieje w ten sam sposób, jak przy dobrowolném działaniu. Chory przy tém uczuwa znaczny ból w mięśniu a nie w stawie, który jest zupełnie wolnym: zginanie jest możebném i wcale nieutrudnioném. Prócz równoczesnych przypadów kiły na innych częściach ciała zauważyć możemy dość często równocześnie towarzyszące mniéj lub więcéj dokuczliwe bóle w kilku na raz stawach.

Przebieg bywa rozmaity i zawisł w części od leczenia; zauważano jednak cierpienie powyższe dwugłowego *(myopathia bicipitalis)*, które lata utrzymywało się.

W pewnéj liczbie przypadków zimno zdawało się być przyczyną usposabiającą do powstawania tego cierpienia.

Jeżeli skurczenie pojawiło się w okresie kiły wczesnéj, stosować należy przetwory rtęciowe, w okresie zas późnym kiły jodek potasu. *(Annales de Dermatologie et de syphiligr.* T. I. Nr. 1. 1880) *Z.*

Dr. Urbantschitsch (w Wiedniu): **O obrażeniach przyrządu słuchowego pod względem sądowo-lekarskim.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

II. Obrażenia przyrządu słuchowego narzędziami tępemi. Tu należą: 1) Obrażenia muszli usznéj (zmiażdżenie, krwotok podskórny *(othaematoma traumaticum)* lub następowe zapalenia). Zazwyczaj rany muszli usznéj goją się bez śladu, nadto pozostawiają pewne zeszpecenie, na co w danym razie trzeba zwrócić uwagę. 2) Obrażenia kości. Uderzenie lub spadek na głowę lub na szczękę dolną mogą sprowadzić mniéj lub więcéj rozległe złamania kostnego przewodu słuchowego. W jednym przypadku pęknięcia czaszki wraz ze złamaniem górnéj ściany przewodu usznego widział Roser wylewającą się z ucha istotę mózgową. Znaczenie więc takich złamań zależy od przebiegu następowych objawów zapalnych lub równoczesnego obrażenia innych ważnych narządów, np. mózgu. Że zresztą i ciężkie tego rodzaju obrażenia mogą się zakończyć pomyślnie, dowodzi powyższy przypadek Rosera, którego pacyjent wyzdrowiał. Prócz przewodu kostnego ulедz także mogą obrażeniu ściany kostne jamy bębenkowéj i błędnika (uderzenie w głowę lub spadek itp.). W przypadkach złamanego sklepienia jamy bębenkowéj lub błędnika wylewa się niekiedy z ucha ciecz surowicza a nawet

istota mózgowa. W celu zbadania, czy wypływająca ciecz jest płynem mózgordzeniowym, namienić tu trzeba, że płyn mózgordzeniowy zawiera sól kuchenną, chlorek potasu, siarkan potasowy, węglany i fosforany sodu i wapna obok śladów magnezyi; odznacza się wonią mdłą, smakiem słonym, oddziaływaniem alkalicznem. Ciecz zaś uszna nie pochodząca z płynu rdzeniomózgowego zawiera mało soli a wielkie ilości białka. Ilość wypływającéj cieczy wynosi niekiedy do 3 drachm na dobę, a według Chelinsa mogą nawet 4—9 drachm płynu mózgordzeniowego wypłynąć na godzinę. Wypływ taki trwa zazwyczaj przez tydzień. Obrażenia powyższe, aczkolwiek zawsze ciężkie, mogą przecież przebiegać pomyślnie. W każdym razie lekarz zanim złoży orzeczenie winien skrzętnie rozważyć, czy nie wystąpiły następowe objawy zapalne ucha zewnętrznego, błony bębenkowéj i jamy bębenkowéj, zbadać zachowanie się nerwu słuchowego i w ogóle postępować w badaniu drogą powyżéj już wskazaną. I w tych przypadkach niezbędną jest niekiedy dłuższa obserwacyja. Zwrócić tu jeszcze należy uwagę, ze zdanie dotąd częstokroć powtarzane, jakoby w przypadkach krwotoku usznego po urazie domyślać się godziło istniejącego pęknięcia czaszki, nie jest bynajmniéj uzasadnioném, gdyż krwotok taki powstać także może skutkiem nadwerężenia części miękkich, lub ścian przewodu usznego, albo nareszcie przedarcia błony bębenkowéj.

III. Rany przyrządu słuchowego kłute, cięte i szarpane. Przekłucie, przecięcie lub przedarcie saméj muszli usznéj nie mają wielkiego znaczenia, gdyż nie upośledzają same przez się słuchu, muszą zaś być uwzględnione o tyle, o ile pozostawiają pewne zeszpecenie. Zresztą wiadomo, że muszla odcięta lub oderwana może zupełnie znów przyróść, nawet w przypadkach, gdy części oddzielone dopiero w kilka godzin zostaną z sobą spojone. Rany cięte, kłute lub szarpane błony bębenkowéj mogą iść na wylot lub być tylko powierzchowne. Ciało obce godzące na błonę bębenkową od strony przewodu usznego nadweręża zazwyczaj górną połowę błony. Wielkość rany zależy od jakości narzędzia i siły. Najpomyślniéj przebiegają obrażenia powierzchowne, tudzież rany zadane narzędziami ostremi a czystemi. Rany o brzegach nierównych i szarpanych podlegają zwykle silnemu odczynowemu zapaleniu, mogącemu zniszczyć większą część błony bębenkowéj a nawet przenieść się jako zapalenie ropne na jamę bębenkową. O rokowaniu była już mowa przy pęknięciach błony bębenkowéj. Orzeczenie musi jak zwykle być nader oględne. Brzegi rany nierówne, smuga krwawa przechodząca z górnéj ściany przewodu słuchowego na błonę bębenkową, dowodzą niechybnie nadwerężenia urazowego. Pamiętać trzeba, że z postaci rany bynajmniéj nie możemy wnosić o jakości lub postaci narzędzia, którém obrażenie zadaném zostało. Polega to prawdopodobnie na kurczeniu się włókien promienistych przedartéj błony bębenkowéj, przez co pierwotna i właściwa postać rany znakomicie się zmienia. Z kierunku zawinięcia się brzegów rany możemy niekiedy wnioskować, z któréj strony siła zadziałała. Zresztą badając obrażonego w pewien już czas po urazie uwzględnić należy, czy nie pogorszyły stanu szkodliwe wpływy zewnętrzne, drażniące leki itp. W przypadkach złamania, zwichnienia, oderwania itd. kostek słuchowych orzeczenie stósuje się według wywołanych spraw zapalnych i zakłócenia słuchu. Utrata młoteczka i kowadełka może wcale nie uszkodzić słuchu, gdy natomiast nadwerężenie strzemiączka (otwarcie błędnika) ma zawsze wielkie znaczenie. Prócz tego uledz mogą obrażeniu różne części jamy bębenkowéj i błędnika, przy czém powstać może śmiertelny krwotok z tętnicy dogłowowéj, żyły szyjowéj wewn. lub zatoki mózgowéj.

(Dokończenie nastąpi.)

Wiadomości pomniejsze.

ss) Dr. Maixner poszukając sposobem Hofmeistera peptonów w moczu, znajdował je prawie stale w przebiegu zapalenia płuc dławcowego, ropnego zap. opłucny i oskrzeli, ostrém zatruciu fosforem i zap. miedniczek nerkowych. Zdaje się, że ilekroć w ustroju odbywa się ropienie, peptony pojawiać się zwykły w moczu, gdyż w przebiegu surowiczéj wypociny opłucnowéj lub otrzewnowéj nie znajdowano ich w wydzielinie nerkowéj. Najwyraźniéj występować mają podczas przełamywania się dławcowego zapalenia płuc. (*Prag. Viertelj.* T. III.)

ss) Jako środek leczniczy, mający podobno przyspieszać rozkład błon dławcowych, chwali Dr. Netolitzky polecane przez Dra Schütza wziewania par bromowych. Rozczyn: *Bromii puri, Kali bromati āā 0·5—1·0 na 150—200 aq.* nalewa się na gąbkę lub na watę i każe choremu wziewać wyważujące się ztąd gazy co $^1/_2$ godz. przez 5—10 min. Sposób ten zachwalają i inni lekarze.

ss) Na jedném z posiedzeń Tow. lekarzy petersburskich chwalił Dr. Lehwess wstrzykiwania chlorku pilokarpinu w dyfteryi. Masing zaś i Schummer każą wypocinę dyfterytyczną ścierać pędzelkiem zwilżonym nastojem jodowym a następnie stósować na gardło okłady lodowe. W 12 w ten sposób leczonych przypadkach Schummer miał, jak powiada, zawsze świetne rezultaty.

ss) Dr. Kijanizyn poleca bromek potasu jako środek miejscowo znieczulający w cierpieniach narządu moczopłciowego. Wstrzykując rozczyn leku tego w bolesnych, przewlekłych i ostrych zapaleniach cewki moczowéj, zwężeniu cewki, skłonności do pomazań nocnych itp., bardzo pomyślne miał K. otrzymywać rezultaty. W zapaleniach cewki moczowéj objawy zapalne, zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowéj malały a nawet i wydzielina stawała się znacznie skąpszą, tak że po parorazowém zastrzyknięciu środków lekko ściągających ustąpiła zupełnie. W jednym przypadku zwężenia cewki, gdzie dla wielkiéj bolesności mimo stósowania wszelkich innych środków niepodobna było przeprowadzić świeczek, udało się to bardzo łatwo i bez bólu po wstrzykiwaniach bromku potasowego przez 7 dni. K. używa rozczynu 8:180 aqu. dest., z którego 2—3 razy dziennie wstrzykuje po 4·0 do cewki moczowéj. (*Allg. med. Centrztg.* 1880).

ss) Z rozprawy dysertacyjnéj Dra Pauliego w Berlinie dowiadujemy się, że kwas salicylowy podawany położnicom bardzo rychło przechodzi do mleka. Można go tu wykazać już po paru godzinach, największą jednak ilość wykryć można w 24 godziny po podaniu leku. Jeszcze łatwiéj wykazać go można w moczu osesków; w ślinie zaś w małéj tylko znajduje się ilości.

ss) Dr. Zander operował w jednym przypadku w następujący sposób uklej lewego przewodu nosowego, wymacalny jako ciało ruchome po za podniebieniem miękkiém. Za pomocą igły krzywéj Burowa przeprowadził najprzód nić przez część ukleju wsterczającą do jamy ustnéj, następnie założył przez odpowiedni przewód nosowy rurką Bellocqa pętlę na szypułkę ukleja, poczém utrwalając go przez naciąganie nitki przechodzącéj przez jamę ustną wykonywał ruchy piłowe końcami założonéj

pętli, dopóki nie odciął w ten sposób ukleja u saméj podstawy. Zdaniem Z. postępowanie to zmodyfikowane wedle potrzeby da się zastósować do operowania większéj części uklejów nosowych. (*Deutsche med. Wchft.* 1880, Nr. 7).

ss) Według Hubbardta (*New-York med. Journ. Jul.* 1879) postrzegła 28-letnia kobieta w 7 miesiącu ciąży guz obok ciężarnéj macicy. H. rozpoznał zimniczy obrzęk śledziony, 15 do 20 cm. długiéj. Poród, który nastąpił w prawidłowym czasie, trwał 48 godzin. W 8 godzin po porodzie chora umarła śród objawów krwotoku wewnętrznego. Sekcyja wykazała: śledziona 25 cm. długa, 15 cm. szeroka, 2 kgrm. ważąca. Na przedniéj powierzchni znajduje się szczelina 15 cm. długa, 6.6 cm. szeroka, o brzegach nierównych. Położnica więc zmarła skutkiem pęknięcia śledziony.

ss) Dr. Naegeli opisuje (*Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte*) dwa przypadki śmierci z utonięcia skutkiem dostania się masy pokarmowéj z żołądka do dróg oddechowych. Pierwszy przypadek dotyczy chłopca 14-letniego, który kąpiąc się bezpośrednio po spożytéj obfitéj wieczerzy nagle znikł pod wodę. Gdy go w 3—4 min. wydobyto na ląd, tony sercowe jeszcze były słyszalne; zastósowanie sztucznego oddychania było bezskuteczném; Dr. N. przystąpił natychmiast do wykonania tracheotomii, przyczém z dróg oddechowych wylała się wielka ilość miazgi pokarmowéj. Mimo wszelkich zabiegów nie można było utonionego przywołać do życia. Sekcyja wykazała prócz zwykłych objawów śmierci z uduszenia w całym narządzie oddechowym nagromadzone resztki niestrawionych pokarmów. Zupełnie podobny przypadek postrzegał Dr. N. jeszcze po raz wtóry, gdzie u chłopca 18-letniego, który utonął również kąpiąc się wkrótce po wieczerzy, sekcyja wykryła tak samo nagromadzone pokarmy w drogach oddechowych.

ss) Z dyskusyi na jedném z ostatnich posiedzeń Towarzystwa lekarskiego w Dreźnie wyjmujemy następujące szczegóły o leczeniu pląsawicy: Dr. Seiler poleca na podstawie postrzeżeń swych w 30 przypadkach pląsawicy *liqu. ferri sesquichloreti* (1:150), 4—6 łyżek dziennie, tudzież codzienną kąpiel letnią z oblewaniem zimną wodą grzbietu. Przy takiém leczeniu wszyscy chorzy wracali w 3—6 tygodni do zdrowia. Wyjątkowo tylko podawano na początku przy bezsenności chloral lub morfin. Dość dobrze działa również *syrupus ferri bromati* (5:100) polecany przez Dra Rittera, daléj arszenik, zwłaszcza przy znacznéj niedokrewności; zwykle jednak ma wystarczać półtorachlorek żelaza. Inni lekarze polecali *natrum arsenicosum*, kwas salicylowy (w reumatycznych postaciach pląsawicy itp.) (*Wien. med. Bl.* 1880. Nr. 5)

ss) Dr. Becker zachwala garbnikan chininowy (*chininum tannicum*) w praktyce dziecięcéj a to ze względu, że przetwór ten jest bez smaku. Działanie soli téj jest takie same jak chlorku chininowego, w który się garbnikan chininu przemienia w żołądku. Przetwór okazał się skutecznym w ostrym nieżycie oskrzelowym, w kilku przypadkach rwy nerwu troistego i w kilkudziesięciu przypadkach krztuśca; w przypadku zaś zimnicy trzeciaczkowéj u człowieka dorosłego 1.50 chin. tannic. nie skutkowało, gdy natomiast B. podał 1.0 chin. muriatic., przypady zimnicze rychło ustąpiły. (*Berl. klin. Wchft.* 1880, Nr. 6).

V. Posiedzenia Towarzystw.

Sprawozdanie z Walnego Zebrania Sekcyi Lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk. odbytego dnia 19 Grudnia 1879 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Następnie udali się zebrani do zakładu Sióstr Miłosierdzia w którym Dr. Kaczorowski przedstawił kilka ciekawych przypadków chorób, mianowicie dwóch chorych świeżém zapaleniem nerek dotkniętych, u których przeciwko groźnym przypadom ogólnéj puchliny wodnéj z bardzo pomyślnym skutkiem zastrzykiwał pod skórę pilokarpin; daléj dwóch chorych z powodu rozlanego nieżytu oskrzeli napadami dychawicy (*asthma*) nagabywanych, gdzie z wielkim pożytkiem zastósowywał faradyzacyję obustronnych górnych nerwów krtaniowych (*nn. laryng. sup.*), przyczém wspomniał o jednym pacyjencie, który cierpiąc (z okoliczności zwężenia zastawek półksiężycowych) przez dwa tygodnie zatrważające nocne napady dychawicy, po pierwszém zastósowaniu silnego strumienia indukcyjnego po obu stronach szyi tuż nad krtanią, i przy codzienném odtąd powtarzaniu tego rękoczynu, wolny pozostał od tych napadów aż do śmierci, która go w 6 tygodni późniéj nagle przy dosyć względném zdrowiu zaskoczyła; nareszcie chorego od 3 miesięcy połowiczném porażeniem rdzenia pacierzowego (*haemiplegia spinalis*) prawdopodobnie na podstawie kiły dotkniętego a pod wpływem wielkich dawek jodku potasowego (6.0 *pro die*) po kilku tygodniach odzyskującego zwolna władzę i czucie w zajętych odnogach.

Główną zaś uwagę kolegów zwracał na zimową stacyję klimatyczną, czyli dwa pokoje nieopalane, o otwartych oknach, tą razą obłożone 6 suchotnikami. Ciepłota pokojowa wynosiła tego dnia tylko 2 stopnie R. (przy ciepłocie zewnętrznéj — 12°); pomimo to chorzy, będąc od dołu aż do szyi kilku wełnianemi kołdrami dobrze opatrzonymi, nie narzekali wcale na dolegliwe zimno.

Wszyscy w rozmaitych okresach suchot znajdujący się chorzy, jeden nawet znacznemu spustoszeniu płuc i wrzodom jelit podlegający, porównywając stan swój obecny z tym, w jakim się przed przeniesieniem do zimnego pokoju znajdowali, sami przyznawali się do daleko mniejszych aniżeli dawniéj podmiotowych dolegliwości, mianowicie do swobodniejszego w tém świeżém powietrzu oddychania, mniéj męczącego kaszlu, łatwiejszego wykrztuszania, ustąpienia obfitych potów a wszyscy bez wyjątku niezrównaném cieszyli się łaknieniem, przyczém na wzmiankę zasługuje jeszcze ta okoliczność, że z taką lubością używali oleju wątłuszowego, że zaledwie im go nastarczyć zdołano. U większéj téż części chorych zauważyć można było znaczne polepszenie ogólnego odżywienia, a u kilku nawet zmiany na korzyść w objawach fizycznych zajętych płuc, na osobliwe wyszczególnienie z pomiędzy nich zasługiwał znajdujący się od 4 dni dopiero w zakładzie urzędnik kolejowy F. Budzyński, lat 39 liczący, który przed dwoma tygodniami zapadł był na silny przez 3 dni z rzędu powtarzający się krwotok płucny, a odtąd ustawicznym kaszlem, febrą i potami do coraz większego upadku sił doprowadzony dnia 16 grudnia 1879 wstąpił do zakładu.

Badanie wykazało wtedy mężczyznę dość silnie zbudowanego ale wychudzonego, znaczną niedokrewność, nieustający prawie szorstki kaszel z pienistemi krwią zabarwionemi plwocinami, na klatce piersiowéj dosyć dobrze rozwiniętéj z przodu nic nieprawidłowego, z tyłu nad całém nieledwie prawém płucem odgłos względnie tylko przytłumiony i nieco wyższy, oddychanie pęcherzykowe tamże słabsze, a ku dołowi coraz to wyraźniéj w drobne rzężenie zamieniające się, zupełny brak łaknienia, od południa wielkie poty, tętno drobne 120, oddechów 40, ciepłotę rano 39,0 w południe 40,5 wieczorem 40,0.

Ord. przeniesienie do zimnego pokoju, Extr. opii aq. 0,01 Acid. benzoic. 1,0 co 2 godziny, nacieranie olejkiem krotniowym piersi. Bieg ciepłoty w następujących dniach był:

16/12	r.	39,0	p.	40,5	w.	40,0
17/12	—	38,6	—	40,0	—	39,4
18/12	—	38,5	—	39,5	—	39,0
19/12	—	37,6	—	38,5	—	38,0

W dniu przedstawienia tj. 19/12 okazywał chory w południe 86 p. 26 r. 38,5 t., poty prawie zupełnie ustały, łaknienie zaczyna się odzywać, kaszel znacznie mniejszy, plwociny bezkrwawe, zbite, chory czuje się wcale dobrze, zeznaje jednak, że skoro na chwilę okno zamkniętém zostanie, mniej swobody w oddychaniu doświadcza, dlaczego i nocą okno trochę otwarte być musi[1]).

[1]) Chory ów, u którego stan gorączkowy z rozmaitemi wahaniami o południowych nasileniach (czasem znowu do 40°) trwał do 3 stycznia, wbrew radzie lekarskiéj opuścił zakład 9/1 80, uważa-

Na wieczornėm zebraniu przedstawił K. ucznia budownictwa p. S., 24 lat wieku liczącego, który wątły od lat dziecięcych, budową klatki piersiowéj zdradzał wybitne usposobienie do suchót płucnych, a zaprzeszłéj jesieni znamiona nieżytowego zapalenia lewego płuca okazywał. Zwykle objawy téj choroby, do których dołączyła się bardzo uporczywa biegunka, doprowadziły były młodzieńca owego do najwyższego wycieńczenia, istnego pierwowzoru suchotnika. Z nastaniem zimy dopiero, gdy chory za radą K. zaczął statecznie używać świeżego chłodnego powietrza, leżąc naprzeciwko otwartego okna w nieopalonym pokoju, gorączka, poty, obfite plwociny zwolna ustępować, łaknienie, a w miarę onegoż i siły (mianowicie po uśmierzeniu biegunki) wzrastać zaczęły. Odtąd chory, robiąc bez względu na stan powietrza codzienne wycieczki na miasto, wiosnę przebywszy w górach, a lato na wsi, nietylko zupełne prawie odzyskał zdrowie, ale odżywił się wcale dobrze i rozrósł mianowicie pod względem układu klatki piersiowéj tak pomyślnie, że przebywszy bez szwanku połowę zimy w Poznaniu, bez obawy powrotu choroby mógł się na nowo oddać przerwanym przez $1^1/_2$ roku naukom.

Dalėj wspomina autor, że wyzdrowienie b. ucznia budownictwa p. M., o którym przed rokiem na tém miejscu zdawał sprawę, a który po częstych gwałtownych krwotokach płucnych, spędzając większą część dnia całéj zimy na świeżém powietrzu, szczęśliwie wyszedł z nieżytowego zapalenia lewego płuca, stale się utrzymuje, w czém mu zamiana dawniejszego zawodu na rolniczy nie mało dopomogła.

W przypadkach daleko posuniętych suchót, w obec znacznego rozpadu płuc i zwykłych powikłań gruźlicy w innych narządach umiejscowiających się, zimowe powietrze, powstrzymując wydzieliny oskrzeli, skrzepiając czynność serca, ożywiając nareszcie łaknienie, powstrzymywało dalszy postęp wyniszczającéj sprawy do czasu. Za przykład przytacza K. autor p. W...go dziedzicznemi suchotami dotkniętego obywatela wiejskiego, o którym przed rokiem zdawał sprawę, a który całą przeszłą zimę, wyjąwszy noce, spędzał w baraku na wpół otwartym, od strony wiatru słomianą zasłoną opatrzonym. Odziany ciepłemi futrami, w zimowéj swojéj altance pomimo mrozów do kilkunastu stopni niżéj zera dochodzących, doświadczał zupełnéj swobody w oddychaniu, z łatwością prawie bez kaszlu odpluwał, a jadał wszelkie najgrubsze nawet potrawy za trzech. Powracając na noc do mieszkania cieplejszego, uczuwał za każdą razą przez parę minut dokuczliwy brak tchu, co jednak mniéj się dawało we znaki, odkąd przestrzegano, ażeby w pokoju okna zostawały otwarte, a ciepłota nie przechodziła 12° R. Stan chorego utrzymywał się jednostajnie, dopóki trwały mrozy, nawet zajęcie krtani, któremu w tym czasie uległa które zrazu zdawało się groźniejszy zapowiadać zwrot choroby, pomyślnie przeminęło; dopiero z nastaniem większych wahań powietrza z wiosną, choroba dalėj postępować zaczęła, a gdy ostatecznie zajęła i nerki, w m. czerwcu koniec życiu położyła.

W szpitalach można było na kilku chorych, z powodu wielkich jam w płucach i wrzodów jelitowych nie rokujących żadnéj nadziei wyzdrowienia, istne robić próby tj. przenosząc ich na kilka tygodni raz do stacyi zimowéj, to znów do sali ogrzewanéj łatwo przeświadczyć się o skrzepiającym wpływie świeżego zimowego powietrza tak dalece, że chorzy niższéj warstwy, jakkolwiek lubiąc zazwyczaj ciepło, ale czując różnicę w zdrowiu, nieraz sami dopominali się o powrócenie do zimnego pokoju.

Jak potężnie zimowe powietrze oddziaływa na świeże przypadki ostrych suchót, zaczynających się krwotokami, wskazuje przywiedziony na czele przykład urzędnika kolejowego B. u którego sprawa wystąpiła z wszelkiemi znamionami t. z. galopujących suchót dotąd za absolutnie nieuleczalne uważanych.

Autor przychodzi więc do wniosku, że w naszém podniebiu na płaszczyźnie zimowa pora, szczególniéj gdy powierzchnia ziemi śniegiem pokryta, ze względu na większą czystość powietrza i na chłód podniecający łaknienie a uspakajający obieg krwi, daleko stósowniejszą jest do kuracyi suchotników, aniżeli dotąd powszechnie przypuszczano.

Przykłady słuszności takiego zapatrywania nasuwają pomyślne wyniki zimowych kuracyj w górach szwajcarskich mianowicie w Engadinie, a jakkolwiek tam korzystniejsze jeszcze zachodzą warunki zewnętrzne, nie należy nam błogiego wpływu zimowego podniebia na suchotników pomijać i u siebie, ile że wygody i przystępność domowéj kuracyi niedostatki klimatyczne pod wielu względami zrównoważyć zdołają.

Dalėj autor namieniając, że wszystkie gorączkowe choroby nie przestaje poddawać pod działanie zimnego powietrza, i że takowe za najsilniejszy a zarazem najmniéj niepożądanych pobocznych skutków za sobą pociągający środek przeciwgorączkowy uważa, przytacza na koniec dwa przypadki ospy, gdzie mroźne powietrze, poronny wpływ na przebieg sprawy chorobowéj wywarło; przypominając opowiedziane tu przypadki ospy z r. 1871 [1]), gdzie przypadkiem mroźne powietrze podobny skutek sprawiło, nadarzyła się dopiero w zimie r. z. sposobność, stwierdzenia owego rezultatu na drodze doświadczalnéj.

Dnia 21 stycznia 1879 r. zjawił się w szpitalu miejskim ogrodnik Glenk, który przed 2 tygodniami przebywał w Warszawie w domu, gdzie panowała ospa, okryty gęstemi krostami ospowemi, których wierzchołki właśnie napełniać się zaczęły surowicą. Umieszczony po za miastem w domu nieogrzewanym, w pokoju o otwartych oknach, którego ciepłota nie przechodziła nigdy 0°, następnego dnia chory wolny był od gorączki, krosty zapadły, złuszczenie dokonało się w przeciągu tygodnia, a chory dnia 8 lutego jako zupełnie zdatny do pracy z szpitala wypuszczony został.

Drugi chory, szewczyk Sermann, zaraziwszy się od Glenka na noclegu w gospodzie, przybył do szpitala 7 lutego, okazując całą skórę pokrytą, gęsto zbitemi grudkami, jakie drugiego dnia wykwitnienia zlewającéj się ospy napotykać się zwykło. Podobna osutka w całym połyku, chrypka, trudność przełykania, silne wymioty i bóle krzyża, ciepłota blisko 41°, dopełniały zjawisk składających się na obraz jednéj z najcięższych form ospy i to u osobnika, który nigdy nie był szczepiony.

Wystawiony przez 24 godzin na działanie powietrza, którego ciepłota wahała między 2°—4° R. a będąc tylko od dołu okryty kołdrą wełnianą, górą zaś tylko powłoczką, nazajutrz był wolny od gorączki, skóra pobladła, grudki zapadły; a następnych dni zaczęło się niewidzianéj obfitości łuszczenie skóry jakby mąką pokrytéj; usta tylko i nozdrza czarnym powleczone osadem w dwa tygodnie, nie mniéj późniéj występujące niezliczone ropnie podskórne przypominały kilka urwanych rysów zlewającéj się ospy, któréj najwybitniejszy i najgroźniejszy, ropienie krost, przez działanie mrozu poroniony został.

W rozpoczętéj dyskusyi na zapytanie kol. Jerzykowskiego, dla czego w zimowych strefach najwięcéj bywa przypadków suchót, odpowiada K. że się to dzieje skutkiem szkodliwego wpływu nagłych przejść ciepłoty z mroźnego powietrza do zbytnie ogrzewanych mieszkań, i siedzenia przeważnie w takowych bez wentylacyi; dla tego za warunek pomyślnego działania stawia, ażeby takich przejść chorzy unikali statecznie, nie narażając się w ogóle na ciepłotę przechodzącą 12—13° R.

(Dokończenie nastąpi.)

jąc się za zupełnie zdrowego, prócz kaszlu zresztą wolny od wyraźniejszych objawów chorobowych, które jednak, gdy do zajęć swoich powrócił, na nowo się odezwały.

(Przypisek Dra K., który chorego po 2 tygodniach ambulatorycznie widział).

† Aleksander Kremer.

Do najboleśniejszych strat, jakie w ciągu ostatnich lat kilkunastu poniosło nasze Towarzystwo lekarskie i w ogóle grono lekarzy krakowskich, należy śmierć świeżo zgasłego w d. 15 lutego r. b. Dra Aleksandra Kremera, jednego z założycieli, pierwszego prezesa i najgorliwszego członka naszego Towarzystwa, oraz przez wiele lat czynnego współpracownika Redakcyi Przeglądu Lekarskiego. Słuszna przeto abyśmy nad przebiegiem żywota tego zasłużonego męża nieco obszerniéj się zastanowili.

[1]) Przegląd Lekarski krakowski 1872 Nr. 10.

Aleksander Kremer urodził się w Krakowie d. 10 listopada 1813 r. z ojca Józefa i matki Anny z Erbów. Początkowe nauki odbywszy w domu rodzicielskim, uczęszczał następnie do gimnazyjum św. Anny, które w r. 1829 ukończywszy, przez ośm lat słuchał nauk w Uniwersytecie Jag. przez 2 lata na wydziale filozoficznym, a przez 6 na lekarskim.

Przy końcu szóstego roku, po złożeniu egzaminów ścisłych napisał i drukiem ogłosił rozprawę p. t.: *Rasorii doctrinae principia. Commentatio inaug., quam pro summis in medicina et chirurgia honoribus rite obtinendis, scripsit. A. A. C. K. Cracoviae*, 1837, w 8ce, str. 48. W rozprawie téj przechodzi on szczegółowo zasady systemu leczniczego, słynnego niegdyś, a właśnie w tym roku zmarłego profesora medyjolańskiego Jana Rasorego. Uczony ten, urodzony w r. 1767 w Parmie, kształcąc się następnie w Anglii, przyswoił sobie system Browna i podług niego z początku wykładał; lecz podczas panującéj epidemii duru plamistego, przekonawszy się o jego bezskuteczności, utworzył nowy własny system, który oparty na pojęciu o bodźcach i przeciwbodźcach *(stimulus et contrastimulus)* za pierwsze wskazanie lecznicze uważał usunięcie przyczyny. Nie miejsce tutaj rozwodzić się obszerniéj nad systemem, który z początku bardzo chwalony, późniéj upadł, lecz jeszcze wówczas znajdował zwolenników. Otóż A. Kremer w rozprawie swéj starał się podać dokładną o nim wiadomość, podzieliwszy swą pracę na pięć rozdziałów: 1. *Nosologia*; 2. *Materia medica*; 3. *Therapia*; 4. *Observationes clinicae*; 5. *Examen Rasorii principiorum*. Po publicznéj obronie wspomnianéj rozprawy i twierdzeń do niéj dołączonych, w d. 24 Czerwca 1837 r. otrzymał stopień Doktora medycyny. W kilka miesięcy późniéj odbywszy egzamin dopełniający, po napisaniu rozprawy: *De dentium morbis nonnulla* (która nie było drukowaną) w d. 16 października został Doktorem Chirurgii.

W jesieni tegoż samego roku w towarzystwie Dra Józefa Dropsego, udał się w podróż naukową za granicę, w któréj przeszło dwa lata przepędził. Najprzód bawił przez dwa półrocza w Berlinie, gdzie uczęszczał na kliniki chorób wewnętrznych Wolfa, chorób dzieci Bareza, chorób umysłowych Idelera, chorób oczu Jüngkena, klin. chirurgiczną Rusta, słuchał téż wykładów sławnego podówczas Gansa filozofii historyi, Rittera geografii starożytnéj i Micheleta logiki i historyi filozofii. Ztamtąd udał się do Niemiec a mianowicie do zakładów naukowych w Lipsku, Halli, Erlandze, Mnichowie, uczestniczył w zjeździe badaczów przyrody w Fryburgu bryzgowskim gdzie miał sposobność poznać wszystkie niemal znakomitości europejskie w tym zawodzie. Następnie zwiedzając po drodze Bonn, Ems, Wiesbaden, Heidelberg, Baden i Strassburg w jesieni stanął w Paryżu. Tutaj bawiąc do Czerwca r. 1839 zwiedzał kliniki i szpitale, słuchając wykładów takich mężów jako Andral, Bouillaud, Chaumel, Louis, Magendie, Velpeau, Lisfranc, Leroi d'Etiolles i inni.

W czerwcu udał się na kilka tygodni do Londynu, a zwiedziwszy znakomitsze szpitale i zakłady naukowe, udał się przez Paryż, Lyon, Genewę, Berno do Medyjolanu, Genui, Rzymu, Neapolu, Florencyi, Bolonii, Padwy, Wenecyi zwiedzając co go więcéj mogło obchodzić w tych miastach tak ważnych dla dziejów oświaty. Jesienią przybył do Wiednia gdzie przez trzy miesiące pozostając, pracował nad ćwiczeniami w anatomii patologicznéj i drobnowidowéj, oraz zwiedzał oddziały chorób syfilitycznych i położnic. W drugiéj połowie grudnia 1839 r. powrócił do Krakowa.

Tu wypoczywając po mozolnéj lecz nauczającéj podróży, postanowił nabytemi wiadomościami podzielić się z kolegami w kraju zamieszkałemi. Uważając że dla leczenia najważniejszą rzeczą jest ścisłe zbadanie stanu chorego, starał się podać ile możności dokładną wiadomość o nowo wchodzącym w użycie sposobie badania za pomocą opukiwania i przysłuchu. W tym celu napisał dzieło: O zastósowaniu słuchu do rozpoznawania chorób, wydane w Krakowie w r. 1841, nakładem księgarni A. W. Fusieckiego, w 8ce, str. XIV i 230. Opisane tu sposoby badania, udoskonalił i najwięcéj rozpowszechnił za granicą do dziś dnia żyjący w Wiedniu profesor Skoda; lecz u nas te sposoby wcale podówczas nie były jeszcze znanemi. Wprawdzię już w r. 1829 Józef Lewiecki napisał w Krakowie *pro doctoratu* rozprawę: *De stethoscopi et plessimetri in diagnosi morborum thoracis usu*, lecz praca ta, jak po większéj części rozprawy inauguralne, przeszła niepostrzeżenie, nikt prawie na nią nie zwrócił uwagi; zasługą zatém ś. p. Kremera jest, że pierwszy dał rodakom poznać ów sposób badania, dziś przez wszystkich lekarzy przyjęty, opisawszy tenże ile możności najdokładniéj i to w języku ojczystym. Pracę swą po krótkim wstępie podzielił na trzy części, a te na rozdziały: Cz. I. O pukaniu; Cz. II. O przysłuchu; Cz. III. O zjawiskach słuchowych w różnych stanach wnętrzności. Wykład jest jasny i zrozumiały, lubo autor piszący pierwszy w téj gałęzi w języku polskim, miał nie małe zadanie spolszczenia terminologii téj nauki. Obszerny rozbiór dzieła Kremera zamieścił Dr. Teofil Matecki w Tygodniku literackim w Poznaniu wychodzącym w t. IV. z r. 1841 (s. 339—343).

W Maju r. 1841 wyjechał do Moskwy dla potwierdzenia tamże stopnia Doktora medycyny. Jakoż w dniu 25 października otrzymawszy dyplom doktorski upoważniający do praktyki lekarskiéj w państwie rosyjskiém, z początkiem roku 1842 osiadł w Kamieńcu podolskim, gdzie otrzymał posadę lekarza rządowego przy gimnazyjum. Tam przebył dwadzieścia kilka lat życia; pozyskawszy sobie imię zacnego człowieka i zdolnego lekarza, używał powszechnego szacunku i miał rozległą praktykę, wzywany dla porady lekarskiéj w odległe nawet okolice Podola.

Związany węzłem przyjaźni z Dr. Adryjanem Baranieckim, bawiącym podówczas w Jarmolińcach na Podolu, zmarłym niedawno Drem Karolem Przyborowskim i Drem Józefem Rolle, wraz z nimi pracował nad ożywieniem ruchu naukowego na Podolu. Ich to staraniem powstało Towarzystwo lekarzy podolskich, zawiązane d. 14 października 1859, które od czasu założenia aż do rozwiązania w r. 1865 corocznie wybierało Kremera swym prezesem. Towarzystwo to odbywało swoje posiedzenia dwa razy na miesiąc, kolejno u pojedyńczych członków, co nie było bez moralnego wpływu na stosunki koleżeńskie; na posiedzeniach publicznych towarzystwo zdawało sprawę z swych prac w obec publiczności, a zarazem czytano przystępne dla wszystkich rozprawy w przedmiotach dotyczących kraju naszego pod względem lekarskim. Wreszcie na posiedzeniach prowincyjonalnych zawięzywały się bliższe stosunki koleżeńskie i naukowe między lekarzami całego Podola. Na jedném z takich zebrań A. Kremer rzucił myśl zawiązania powiatowych kółek lekarskich, któreby z kołem lekarskiém kamienieckiém w ścisłym pozostawały związku. Myśl ta mimo niesprzyjających okoliczności przyjęła się choć w części, zawiązały się bowiem kółka lekarskie w Szarogrodzie, a następnie w Kijowie. W

r. 1862 założono w Kamieńcu poliklinikę, w celu udzielania pomocy ubogim chorym, w któréj między innemi i Kremer w godzinach oznaczonych rady lekarskiéj udzielał.

Posiedzenie publiczne zwykle prezes zagajał przemową, z których jedna czytana na posiedzeniu d. 17 stycznia 1861 r. drukowana była w Gazecie polskiéj, oraz w Pamiętniku Tow. Lek. warsz. (z r. 1861 t. XLV, s. 128—132). Na posiedzeniu publiczném d. 17 stycznia 1862 r. czytał rozprawę: O wpływie oddychania roślin i zwierząt na powietrze w którém żyjemy, zamieszczoną w czasopiśmie warszawskiém Przyjaciel zdrowia z r. 1862 (Nr. 17, s. 1—7, w 4ce, w 2 szp.) W r. 1863 czytał w towarzystwie opis trzech przypadków z praktyki: Historyję zapalenia mózgu, o przypadku czkawki, oraz o groźnym nerwobólu sercowym. W r. 1864 Wspomnienie Dra Filipa Fokelmana założyciela szpitala Witowskiego (drukowane w Tygodniku lek. warsz. z r. 1865 Nr. 4, s. 30—31).

Towarzystwo przez czas swego istnienia wydało 12 zeszytów rozpraw pod różnemi tytułami i pióra różnych autorów. Z tych rozmaitości lekarskie wydane w Petersburgu w r. 1862, w 8ce, s. 139, zebrał i wydał A. K. Zawierają one prace różnych lekarzy, między temi sześć jest pióra Kremera, mianowicie: Historyja świerzbu, o pellagrze, o stósowaniu nadchlorku żelaza w chorobach skórnych, o leczeniu gnilca zwiększonemi dawkami wina, o używaniu wodojodanu amonii w przymiocie i o przysłuchu zastósowanym do głowy. W materyjałach do topografii lekarskiéj i higijeny Podola. Warszawa (1864—1865), dwa artykuły: Kamieniec, place, ulice, ścieki i kanały s. 17, oraz o mięsie jego znaczeniu w ekonomii zwierzęcéj, wpływie wieku zwierzęcia na dobroć mięsa, szlachtuz w Kamieńcu etc. s. 32 są pióra Al. Kremera i Józefa Rollego. Rozprawy te były prócz tego drukowanemi, pierwsza w Pamiętniku Tow. lek. war. z r. 1864 T. LI, s. 378—394, druga w Tygodniku lek. warsz. z r. 1860 Nr. 39, str. 2.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Choroby nagminne w Galicyi. Ospa panuje obecnie w Krakowie, w Kętach powiatu bialskiego, w Bobowéj, Ptaszkowéj i Brzanie gornéj powiatu grybowskiego, w Jasienicy i Brzynie powiatu sandeckiego.

Tyfus plamisty w Iwaszkowcach, Matkowie i w Wołczem powiatu turczańskiego; w Zadzielsku i Jabłonowie tego samego powiatu zdarzały się w ciągu stycznia rb. pojedyncze przypadki śmierci z powodu tyfusu plamistego: daléj panuje ta choroba epidemicznie w Sidorowie powiatu husiatyńskiego, w Dobrzanach powiatu grodeckiego. w Deutschbach powiatu cieszanowskiego. w Staréj ropie powiatu staromiejskiego, w Kurowie powiatu sandeckiego, w Nowoszycach powiatu samborskiego, w Dydiatyczach powiatu mościskiego, w Woli gołego powiatu tarnobrzeskiego, w Bolechowicach powiatu krakowskiego, wreszcie w Nawsiu pow. ropczyckiego, razem przeto w 15 miejscowościach a w 11 powiatach.

Tyfus brzuszny wybuchł w Suchosławie w powiecie husiatyńskim, w Krościenku wyżném powiatu krośnieńskiego, w Dąbrówce powiatu łańcuckiego, w Szczawéj powiatu limanowskiego, w Stubnie powiatu przemyskiego, w Kamionkach powiatu skałeckiego; panuje zaś od dłuższego czasu w Schodnicy powiatu drohobyckiego, w Byczkowcach powiatu czortkowskiego. w Smolniku powiatu liskiego, w Wysokiéj powiatu łańcuckiego, w Krzeczkowie powiatu przemyskiego, w Hanaczowie powiatu przemyślańskiego i w Turzańsku powiatu sanockiego, razem przeto panuje tyfus brzuszny w 15 miejscowościach a w 12 powiatach.

Błonica (*diphtheritis*) w 24 miejscowościach a w 12 powiatach, mianowicie w borszczowskim powiecie w Oleksincach i Szerszeniowcach, w Hucie staréj w cieszanowskim powiecie, w Swaryczowie i Hołyniu w dolińskim powiecie, w trzech miejscowościach powiatu horodeńskiego (Strzylcze, Żywaczów i Horodnica), daléj w Dołhem i Podmichalu powiatu kałuskiego, w Kułaczkowcach powiatu kołomyjskiego, w Nowosielicy powiatu śniatyńskiego, w Bortnikach, Olszanicy i Oleszy powiatu tłumackiego, w Szypowcach i Sinkowie powiatu zaleszczyckiego, w Jarczowcach i Chmielowie powiatu złoczowskiego, wreszcie w Okrojniku i Rychwałdzie pow. żywieckiego.

Odra i krztusiec w kilku miejscowościach niektórych powiatów.

Szkarlatyna w powiatach sandeckim i drohobyckim (*Gazeta Lwowska* Nr. 42).

* Wyciąg z protokółu pierwszego zwyczajnego posiedzenia c. k. krajowéj Rady zdrowia, odbytego w dniu 30 stycznia 1880:

Odczytano odezwę c. k. krajowéj Rady szkolnéj z dnia 18 grudnia 1879 l. 13.283 zawiadamiającą, że na wniosek c. k. kraj. Rady zdrowia z d. 23 listopda 1877 l. 44 w sprawie zarządzenia w wszystkich większych miastach kraju na czas zimowy peryjodycznych, sanitarnych inspekcyj szkółek froeblowskich, ochronek i niższych szkół wszelkich wyznań, wydany został okólnik z dnia 28 października 1878 do wszystkich Rad szkolnych okręgowych, jakotéż do wszystkich dyrekcyj szkół średnich i seminaryjów nauczycielskich z poleceniem przestrzegania wszystkich w wniosku kraj. Rady zdrowia wskazanych warunków higijeny szkolnéj.

W sprawie przyjmowania i umieszczenia chorych ospowych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, udzielonéj kraj. Radzie zdrowia reskryptem c. k. Namiestnictwa z dnia 28 grudnia 1879 l. 63.990, przyjęto jednogłośnie obszerne sprawozdanie referenta téj treści, że na mocy §. 26 statutu szpitala św. Łazarza w Krakowie szpital ten obowiązany jest do przyjmowania chorych dotkniętych chorobą zaraźliwą, tak długo, dopóki ta choroba nie panuje epidemicznie; że należało zatém już w czasie budowy tego szpitala pamiętać o odpowiedniém umieszczeniu chorób zakaźnych sporadycznych; że wreszcie obecne umieszczenie chorych ospowych w wspomnionym szpitalu w sali, do któréj przechodzi się przez salę, mieszczącą innego rodzaju chorych, nie da się żadną miarą pogodzić z wymogami nauki.

Na zapytanie c. k. Namiestnictwa, czy względy zdrowotne nie stoją na przeszkodzie udzieleniu przyzwolenia J. i M. Libanom na urządzenie drugiego pieca wapiennego na parceli pod l. 561 w Podgórzu, uchwalono zażądać bliższych informacyj i dokładniejszego planu sytuacyjnego. (*Gazeta Lwowska* Nr. 42).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25 lutego. Z obowiązku dziennikarskiego zapisać nam wypada, że Dr. Stremayr, który przez lat 10 pełnił obowiązki ministra oświaty, ustąpił, a jego miejsce zajął baron Conrad-Eybesfeld, dotychczasowy namiestnik dolnéj Austryi. Nowy Minister zapowiedział wprawdzie, że pójdzie w ślady poprzednika swego, jednak położył nacisk na konieczną oszczędność; bodaj zapowiedź ta nie była złowrogą dla naszych zakładów naukowych, które i dotąd na zbyt szczodre uposażenie skarżyć się nie mogły.

* Otrzymaliśmy memoryjał Stowarzyszenia lekarskiego w III okręgu m. Wiednia, wystósowany przeciw urządzeniu Izb lekarskich, razem z dodatkiem, wykazującym, że w poszczególnych krajach niemieckich nie ma nigdzie takiego urządzenia, którego domaga się Wydział stowarzyszeń lekarskich. Motywa memoryjału są te same, co i kolegijum doktorów, dla tego ich nie powtarzamy, zwłaszcza że były wyłuszczone i na ostatniém posiedzeniu naszego Tow. lekarskiego. Towarzystwo nasze znaczną większością uchwaliło poprzeć petycyję za Izbami lekarskiemi.

* Dr. Izydor Kopernicki, docent antropologii w Uniw.

Jagiell. otrzymał od rządu rumuńskiego złoty medal zasługi 1széj klasy.

* Dr. Karol Bielczyk, lekarz praktykujący w Zakliczynie, zamianowany został przez p. ministra spraw wewnętrznych lekarzem okręgowym w Gorozdzie w Hercogowinie. O ile nam wiadomo, jest to pierwsza nominacyja lekarza z kraju naszego: zapewne niebawem nastąpią i inne. Tym sposobem dla młodszych kolegów otwierają się widoki w nowo nabytych prowincyjach austryjackich.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. H. Munk mianowany został członkiem Akademii Umiejętn. w Berlinie.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 8: Heringa: O nowszych sposobach badania i leczenia chorób jam nosowych: (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę tj. d. 3 marca o godzinie 5téj popołudniu posiedzenie w sali Akademii Umiejętności, na którém: Kol. Dr. Warschauer mówić będzie o leczeniu ospy sposobem przez Doktora Huebnera podanym.

Korespondencyje Redakcyi i Administracyi.

Dr. K. we Lwowie; Drowie R. i W. w Chełmnie; Dr. S. w Stryju: Otrzymaliśmy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 6 marca 1880. **№ 10.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. OBALIŃSKI. Doświadczalny przyczynek do przetaczania krwi do jamy otrzewnowej. (Dok.) — II DOBIŃSKI. Zapiski psychijatryczne. (C. d.) — III. *Oceny i sprawozdania*: SIGRIST ROKITANSKY. URBANTSCHITSCH. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Posiedzenia towarzystw:* Towarzystwo lekarskie krakowskie. — Sprawozdanie z Walnego Zebrania Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu. (Dok.) — V. *Odcinek:* ŚCIBOROWSKI. Wspomnienie pośmiertne śp. Aleksandra Kremera. (Dok.) — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Doświadczalny przyczynek do przetaczania krwi do jamy otrzewnowej.

Podał Dr. Alfred Obaliński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9.)

Z kolei winienem przystąpić do doświadczeń mających stwierdzić tę okoliczność, że krew wessana w jamie otrzewnowéj rzeczywiście dostaje się do naczyń krwionośnych. W ogóle mam co do tych doświadczeń jeszcze to do namienienia, że robiłem je tak na zwierzętach zdrowych jakoteż i na niedokrewnych, którym wypuszczono pewną wiadomą ilość krwi. Do tego szeregu doświadczeń należą po części już i doświadczenia poprzednio wymienione a mianowicie 4—8.

Dośw. XI.: Pies ważący 4782 gm. miał przy rozpoczęciu doświadczenia: 548 ciałek, po wypuszczeniu 40tu cm. sześc. krwi z tętnicy dogłowowéj 537, w 24 godzin po przetoczeniu 30tu cm. sześc. krwi odwłóknionéj do brzucha 598. Po dniach 30stu: 648.

Dośw. XII.: Pies czarny 4430 gm. ważący, (ilość ciałek w stanie prawidłowym 699), dostał do jamy brzusznéj 150 cm. sześc. krwi odwłóknionéj. W 20 godzin późniéj obliczono 693 ciałek a więc prawie taką samą ilość jak w stanie prawidłowym. W 3 tygodnie późniéj było 797.

Dośw. XIII.: Pies żółty, waga 5788 gm., (ilość ciałek w stanie prawidłowym 836). Wypuszczono 150 cm. sześc. a natomiast wprowadzono do brzucha 200 cm. sześc. krwi odwłóknionéj W 22 godzin było 645 ciałek a w 96 godzin 832, a więc tyle co w stanie prawidłowym. W 11 dni po pierwszéj operacyi wypuszczono z niego znów 100 cm. sześc. krwi i zostawiono go bez transfuzyi. Tym razem okazywał w 24 godzin tylko 520 ciałek.

Dośw. XIV.: Pies pstry waży 4460 gm. i wykazuje 648 ciałek; po wypuszczeniu 70 cm. sześc. krwi tylko 583 ciałek. W 24 godzin po przetoczeniu 145 cm. sześc. krwi odwłóknionéj, liczono już 752, po 48 godzinach 778; a po 90. 774.

Dośw. XV.: Pies cisawy waży 6350 gm, ilość ciałek w stanie prawidłowym 668. Po wypuszczeniu 200 cm. sześc. krwi naliczono 540 ciałek. Wkrótce potém transfuzyja do brzucha 300 cm. sześc. krwi odwłóknionéj.

W	5 godzin	591	ciałek
„	17 „	644	„
„	23 „	649	„
„	48 „	700	„
„	52 „	713	„
„	100 „	743	„
„	24 dni	617	„

Dośw. XVI.: Temu samemu psu mającemu ciałek 617 wpuszczono 100 cm. sześc. krwi odwłóknionéj.

W	1 godzinę	634	ciałek
„	19 godzin	714	„
„	43 „	734	„
„	67 „	734	„
„	90 „	740	„
„	139 „	690	„
po	14 dniach	634	„

Dośw. XVII: Pudel czarny waży 6710 gm. i ma w stanie prawidłowym 724 ciałek. Po wypuszczeniu 200 cm. sześc. krwi tylko 5 6 ałek.

Przetoczono do jamy brzusznéj 300 cm. sześc. krwi psiéj odwłóknionéj.

W	2½ godzin	626	ciałek
„	5½ „	632	„
„	27 „	708	„
„	32 „	670	„
„	12 dni „	590	„
„	20 „ „	585	„

Dośw. XVIII.: Temu samemu psu liczącemu natenczas 585 ciałek przetoczyłem do jamy brzusznéj 100 cm. sześc. krwi odwłóknionéj.

W	1 godzinę	600	ciałek
„	19 godzin	626	„
„	33 „	654	„
„	57 „	672	„
„	80 „	586	„
„	128 „	586	„

Rozpatrzywszy się w powyższych szeregach cyfr mozolnie zdobytych musi każdy bezstronnie przyznać, że rzeczywiście zwiększa się ilość ciałek krwi czerwonych w krwi krążącéj zwierzęcia, na którém było dokonane przetoczenie krwi do jamy otrzewnowéj. Zwiększenie to daje się wykazać już w pierwszéj godzinie po transfuzyi i postępuje dopóty, dopóki trwa wessanie krwi przetoczonéj; w tym czasie bo-

wiem, w którym według powyżéj przytoczonego prawidła przypuścić należy, że krew już w zupełności została wessaną, przestaje mniéj więcéj zwiększać się ilość ciałek krwi, poczém pozostaje na téj wysokości od kilku do kilkunastu dni, następnie pomału się zmniejsza i powraca do ilości prawidłowéj albo jeszcze długi czas po nad nią się utrzymuje.

Ilość znaczniejsza krwi przetoczonéj nie zdaje się mieć wpływu na znaczniejszy przybytek ciałek krwi, tak że i ta okoliczność przemawia za powyżéj podaném prawidłem wysysania.

Najniższe cyfry przybytku ciałek stanowiły 12 i 14%, najwyższe zaś 32 i 48% pierwotnéj ilości ciałek.

Gdy już prawie połowę niniejszéj pracy uskuteczniłem był, pojawił się z końcem grudnia 1879 w *Centralbl. f. d. med. Wiss.* artykulik Bizzozera i Golgiego, którzy innym sposobem a mianowicie za pomocą przez nich samych podanego, a mnie nie znanego chromocytometru oznaczali ilość hemoglobinu we krwi, a ztąd wnosili o zwiększonéj ilości ciałek krwi czerwonych. Nie ogłosili oni dotąd jeszcze szczegółowo swéj pracy, tylko ostateczne z niéj wypadki, które bardzo są zbliżone do moich, z któréj to przyczyny tu ich nie przytaczam, a to tém mniéj, że były one już podane w streszczeniu w Przegl. Lek., a więc przypuszczam, iż są znane szan. czytelnikom naszym. Pozwoliłbym sobie tylko jednę uwagę co do zdania ostatecznego tych autorów. Brzmi ono w dosłownem tłumaczeniu jak następuje: „Doświadczenia nasze przemawiają za tém, że przetoczenie krwi do jamy otrzewnowéj należy wyżéj stawiać niż przetoczenie wprost do naczyń krwionośnych.“ Otóż ja według moich doświadczeń i przytoczonych właśnie autorów nie rokuję tak bardzo świetnéj przyszłości temu sposobowi przetaczania krwi. Ma on wprawdzie to za sobą, że nie wywołuje żadnych zaburzeń w organach wewnętrznych, których tak bardzo się obawiamy w przetoczeniu bezpośredniém. W tych ośmnastu doświadczeniach wykonanych na 15 zwierzętach nie spostrzegłem ani razu zadrażnienia błony otrzewnéj, nawet i w tym przypadku nie, w którym pies życie zakończył (dośw. 8me), a w którém sekcyja nawet nie wykazała właściwéj przyczyny śmierci; lecz uwzględnić tu trzeba, że w doświadczeniach tych odsłaniałem i podwięzywałem tętnicę dogłowową celem sprowadzenia pewnego stopnia niedokrewności; przeto przyczyna śmierci mogła polegać i w samym tym rękoczynie, którego wpływ należy wykluczyć w transfuzyi mającéj się wykonać na człowieku. Kilkakrotnie zauważałem wymioty występujące zaraz po transfuzyi nawet w przypadkach, w których carotis nie podwiązano poprzednio, lecz dalszych następstw ze strony przekłócia otrzewny nie postrzegałem. Jednego doświadczenia wcale nie wciągnąłem do powyższych, gdyż uważałem je za nieudane; zaraz bowiem po przetoczeniu krwi do brzucha wydaliło ją zwierzę rzycią. Przypadek ten nie pociągnął za sobą żadnych następstw, zwierzę żyło daléj a po skrwawieniu go celem użycia jego krwi dla innych, zrobiono obdukcyję dla przekonania się, czy była kiszka przebita, jednak nie można było znaleść nigdzie śladu nadwerężenia tejże.

Jakkolwiek więc przyznaję, że i technika wykonania jest łatwiejszą i niebezpieczeństwo mniejsze, to jednakże najważniejszą okolicznością jest ta, że wessanie krwi odbywa się zwolna. Aby bowiem wprowadzić do naczyń przez otrzewnę co najmniéj 200 grm. krwi człowiekowi ważącemu np. 60 kgr., trzebaby według formułki wyżéj udowodnionéj 7—8 godzin, co zdaje mi się jest bardzo długim przeciągiem czasu w obec ostréj niedokrewności, która ostatecznie najczęstszą bywa przyczyną wywołującą potrzebę transfuzyi. Możnaby tu sobie nieco dopomódz przez użycie w pierwszych godzinach tak zwanéj autotransfuzyi, tj. założenia opaski elastycznéj na wszystkie odnogi dopóty, dopóki choć jakaś część krwi nie zostanie tymczasem wessaną; zawsze jednak okoliczność ta stanowi słabą stronę tego sposobu. Za to bardzo zdawałby mi się on być przydatnym w tych razach, gdzie nie ma tak wielkiego *periculum in mora.* Mam tu na myśli niektóre zatrucia krwi jak np. chloroformem, gazem świetlnym, tlenkiem węgla itd.

W końcu pozostaje mi jeszcze złożyć najserdeczniejsze podziękowanie przyjacielowi memu prof. Drowi **Browiczowi**, który nie tylko że mię do pracy téj zachęcił i materyjału doświadczalnego udzielał, lecz i najuprzejmiéj radą i czynem wspierał.

II. Zapiski psychijatryczne.

Dra **Włodzimierza Dobińskiego**,

Prymaryjusza Oddziału mężczyzn w zakładzie psychijatrycznym na Kulparkowie.

I. Znaczenie i kazuistyka pytaczki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Do jednego z działań téj grupy chorób umysłowych należą zboczenia przekazane, wrodzone, rozwojowe, rzadko przyswojone, które możemy objąć wspólną nazwą **ograniczenia umysłowego**.

Jednostki tu się zaliczające są niemal nacechowanemi pewném znamieniem wyrodzenia komórek mózgowych, inaczéj już od wzorów antropologicznych do przyjmowania wrażeń i wyobrażeń uzdolnionych, inaczéj te wyobrażenia w pojęcie świadome, czyli do percepcyi przyjmujących. Umysł podobném zboczeniem dotknięty, w pewnéj szerokości życia umysłowego, zawsze i wszędzie, fizyjologicznie i patologicznie, inaczéj oddziaływa niż mózg prawidłowo rozwinięty.

Zaliczamy tu jednostki, których umysły odznaczają się prędszém znużeniem w pracy myśli, albowiem ich ośródki nerwowe nie mają odpowiedniéj tęgości, umysły bardzo wrażliwe na nagłe niespodziewane wrażenia, zamącające percepcyję, umysły wreszcie odznaczające się bądź to za szybkiém rozpromienieniem, bądź skoczną oscylacyją wyobrażeń, przez co nie przychodzi do spokojnego rozeznania, nie dochodzi na czas do działania ośrodków tamujących.

Tém wydatniéj pojawiają się takie zboczenia w działaniu komórek ośrodków wówczas, gdy w taki wadliwy z natury umysł uderzą nadto przyczyny usposobiające, szczególniéj ustrój cały wyczerpujące, jak nadużycia płciowe, długotrwały samogwałt, zbyteczna lub niejednorodna z uzdolnieniem czynnościowém komórek praca umysłowa.

Ludzie wyposażeni takim umysłem poruszają się jeszcze swobodnie w życiu towarzyskiém, nie zdradzają do czasu niczém swéj wadliwości umysłowéj, w jednym kierunku lub do pewnego stópnia odznaczają się nawet talentem i wiedzą, a jednak nie umieją sobie znaleść przewodniego rozumowania w szerszéj sferze wyobrażeń, nie posiadają zdolności łączenia wyobrażeń bliższych z dalszemi w pojęcia ogólne, a pochwyceni w jakie koło oderwanych lub nawet przypadkowych, niejednorodnych wyobrażeń, nie mogą naraz znaleść punktu wyjścia, nie mogą tych wrażeń lub

wyobrażeń ugrupować i dopełniać należycie, wpadają w zaniepokojenie, niepewność, wahanie, poczucie niemocy, próżni i szukają wyjścia z tych kolizyj u lekarza.

Do tych to stanów ograniczenia umysłowego *(Imbecillitas, Dementia praecox)* zaliczyć należy ową grupę chorych pytaczką dotkniętych, u których prawie wszystkie te cechy, o których co dopiero mówiłem, znajdujemy.

Już do form więcéj klinicznie ustalonych należą 2 przypadki pytaczki spostrzegane przez Meschedego. W pierwszym mężczyzna był niewątpliwie dotknięty pomięszaniem umysłu: obłąd wielkości, obłąd prześladowczy, omamy słuchu i poczucia powszechnego bez objawów porażennych, obok tego wystąpiła pytaczka, którą Meschede uważa w tym przypadku za objaw współ i równorzędny pomięszania umysłu; przyczyną choroby miał być długotrwały samogwałt. Przypadek drugi dotyczy kobiety, u której obok innych zboczeń umysłowych, wystąpiła także w czasie ciąży chorobowa rozpytliwość: tutaj znajdujemy także wyraźne wyposażenie dziedziczne. Meschede i ten przypadek zalicza do kategoryi pomięszania umysłu, tymczasem z podanego przezeń opisu tego przypadku chorobowego najjaśniéj wynika, że to był przypadek „obłąkania dziedzicznego“ pod postacią ograniczenia umysłowego *(imbecillitas)*, na tle którego w czasie ciąży wystąpiły objawy zadrażnienia macinniczego z pytaczką.

Na tle już innych, lubo równie klinicznych postaci chorobowych ukazał się objaw pytaczki w dwu przypadkach spostrzeganych w zakładzie psychijatrycznym w Kulparkowie:

I. Julian K., mający lat 44, lekarz powiatowy, wstąpił do zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie dnia 30 sierpnia 1877 r. Zbadanie stanu chorobowego wykazało: czaszka mała (w obwodzie 515 mm.), skośna, czoło wąskie, niskie, guz czołowy lewy płaściejszy; twarz ożywiona wyrazem ruchliwym, mruganie powiek, źrenice obie miernie rozszerzone, lewa znacznie szersza od prawéj, obie leniwie oddziaływające, fałd nosowargowy prawy wygładzony, kąt ust prawy niższy, w około lewego kąta ust i wzdłuż wargi górnéj lewéj drżenie, zwiększające się w czasie żywszéj mowy chorego; język drżący, zbacza na lewo, języczek zgrubiały, migdałki powiększone, ciemniéj zabarwione, ściana tylna połyku ciemno czerwona; badanie płuc daje wynik ujemny; serce w wymiarze poprzecznym powiększone, pierwszy ton nad koniuszkiem serca rozszczepany, nad aortą drugi, ton zaostrzony, czynność serca nasilona; ściany tętnic skroniowych i sprychowych twardsze; wątroba i śledziona powiększone, gruczoły podpachowe prawe wymacalne, pachwinowe powiększone, różańcowato ułożone, na prąciu tuż obok nietkniętego więzadełka blizna półokrągła, biała, dająca się jednak ująć w fałd; ciałotwór kostny słaby, odżywienie mierne, podściółka tłuszczowa dosyć skąpa, siła mięśniowa bardzo niska (53); ciepłota pod pachami 37,1° C., w uchu prawém 36,1° C., w uchu lewém 36,9° C.; odruchy kolanowe obustronne słabe; chód chorego szybki, wypadający, chory stąpa lepiéj na nodze lewéj i na niéj saméj krótki czas utrzymać się może, nogę prawą chory za sobą pociąga i na niéj saméj stanąć nie może, przy zamkniętych oczach chory nie może zrobić kilku kroków bez slaniania się do upadku, przy oczach otwartych nie może przy zwrocie nagłym z prostego kierunku obejść się bez zatoczenia i szukania podpory; wymowa chorego trochę szepleniąca, przeciągła, zacinająca się szczególniéj przy głoskach wargowych i podniebiennych, w szybszéj mowie chory przestawia głoski i niedokończa wyrazów; pismo chorego również charakterystyczne: ciągłe drżenie rąk, tem samém i linijek głoskołącznych, ciąg pisma kątowaty, ścięty, przerywany bez żadnego zaokrąglenia.

Umysłowe chorego usposobienie zmienne, to pełen nadziei prędkiego wyleczenia, to znów wpada w rozpacz i ciągle się dopytuje: „czy ma rozmiękczenie mózgu?“ i „co go czeka?“ to znów obojętny na najważniejsze sprawy osobiście go obchodzące, to znów lada fraszka wprawia go w rozdrażnienie; w ogóle przeważające na przemian okresy zadrażnienia i porażenia, chwile jaśniejszego rozeznania, zanik pamięci częściowy i postępowy, obłęd wielkości z odcieniem obłędu prześladowczego. Na podstawie powyższych objawów rozpoznano: Porażenie postępowe (przeważnie w okresie porażennym).

Choroba rozpocząć się miała nagle, chory na samém wyjezdném z domu na objazd szczepienia ospy w swym powiecie, stanął na progu mieszkania, i chcąc zawołać na służącego o podanie futra, nie mógł znaleść odpowiednich wyrazów, wpadł w bełkot i niepokój bez utraty przytomności i świadomości.

Dodać wypada, że w przypadku powyższym nie wykryto wprawdzie obciążenia dziedzicznością, jednakże znaleziono pewne cechy wyrodnicze: czaszkę małą, skośną, czoło niskie, wąskie, ciałotwór drobny, krzywiczy.

Wracając do pytaczki, tenże chory, o którym co dopiero mówiłem, wstąpił do zakładu o godzinie wpół do czwartéj po południu, i zaraz zaprowadzono go do sali, w któréj się właśnie znajdowałem. Chory natychmiast po swém wejściu widocznie rozdrażniony, obiegał szybko i nieustannie naokoło salę gromadnią chorych, każdego chorego tam się znajdującego zaczepiał pytaniem najobojętniejszéj treści, co chwila powracał do lekarza, chwytał za guzik odzieży i niedając nikomu przyjść do słowa, gradem pytań obrzucał; „czy tu jedzą siano? czy pan masz zegarek? czy Pan zna moją żonę? czy moja żona ładna? czy dadzą jeść? czy Pan lubi dzieci? czy Pan pija czarną kawę? czyś Pan był w Wiedniu? dlaczego ten stół stoi w środku? czy Pan wyższy odemnie? czy umiesz śpiewać? czy można wleść na beczkę? czy to jest komża? czyś Pan herbu lisie dziecko? czy Pan lubi błyskawice?“ itp. niedorzeczne pytania rzucane do każdego bez żadnego choćby chwilowego wytchnienia, bez oczekiwania na odpowiedź.

Po dwu przeszło godzinach tego stanu, gdy wniesiono wieczerzę, chory zasiadł do niéj z dalszém na ustach pytaniem, każdy kęs przerywał w ten sposób, aż dopiero w krótki czas po wieczerzy zamilkł nagle, przebiegał jeszcze pewien czas nieustannie z jednego pokoju do drugiego, jakby zmęczony i w gorączkowym niepokoju.

II. Henryk B., mający lat 45, urzędnik wyższy przy biórze telegraficznem, wstąpił do zakładu psychijatrycznego na Kulparkowie po raz siódmy dnia 7 lutego 1878 r., gdzie dotychczas pozostaje.

Z wywiadów czerpiemy następne ciekawe szczegóły: Dziadek chorego był nałogowym pijakiem, ojciec również pijak, umarł z przestrachu w czasie pożaru, stryj umarł nagle w stanie opiłym, matka dotkniętą była wadą sercową, dwóch wujów i rodzona siostra zmarli na udar sercowy, trzeci wuj był wielkim opiożercą, starszy brat żyjący, inżynier czynny, dotknięty ślepotą barw.

Chory opowiada dalej, że cierpiał w dziecięctwie często na znaczne obrzmienie gruczołów z gorączką i bredzeniami, w 6 r. życia dziewczynka dziesięcioletnia pobudzała go bardzo często do niemożliwego z nią spółkowania, z czego tak osłabł, że lekarze obawiali się o jego życie; w 14 r. życia cierpiał przez 4 miesiące na zimnicę, którą dopiero przez zmianę klimatu utracił; w wieku pokwitania, po ukończeniu szkół gimnazyjalnych, wstąpił do urzędu, gdzie nużąca, rachunkowa praca nadzwyczaj go rozdrażniała, a gdy nadto raz przez 8 dni z rzędu i po większéj części noce przesiadywał nad sprawdzaniem rachunków, dostał nagle gwałtownego bólu głowy, umiejscowionego w lewéj części czołowéj, trwającego przez dwa tygodnie, który już późniéj często się powtarzał.

W 24 r. życia wystąpiły pierwszy raz objawy zadumy; ażeby się wydobyć z wielkiego przygnębienia i znaleść rozrywkę, poszedł w Wiedniu do teatru na Trovatore gdzie „scena z matką“, tak podziałała na niego, że naraz życie stało mu się nieznośném, pobiegł z teatru do domu, i na taśmie chciał się obwiesić, lecz przed samym czynem stracił na chwilę przytomność. Od tego czasu począł miewać uczucie nieokreślonego lęku, tak np. raz w czasie fotografowania się „taki wziął go lęk, jakby miał utracić część swego jestestwa,“ po przerwie czasu trzechletniéj wystąpił drugi napad zadumy, już z nastrojem religijnym, trwający przeszło 3 tygodnie; w r. 1867 wystąpił pierwszy napad szału z okresem wstępnym zadumczywym, trwający 2 tygodnie; odtąd występowały co kilka miesięcy kolejno okresy zadumy i szału a w okresie zadumy zjawiał się obłęd prześladowczy, żywe omamy wzroku i słuchu, w okresie podniecenia doznawał chory uczucia wzniosłości, „jakoby cała jego działalność prowadziła do jakiegoś wyższego celu“, cały tok wyobrażeń żywszy, „jakby nie mój,“ miał uczucie takiéj lekkości i swobody, iż po skończonym okresie podniecenia „żałował, że ta chwila przyjemnego poczucia już przeminęła“.

W dalszym przebiegu choroby od r. 1874 ustaliły się zupełnie napady szału okresowego już bez kolejnéj zadumy, trwające od 3 do 5 tygodni, im późniéj, tém częściéj, co kilka miesięcy się powtarzające.

Same okresy szału występują obecnie wzorowo, ze wzrostem, napięciem i spadkiem natężenia, kończą się krótkim okresem zadumczywym, po którym pozostaje pamięć przeszłości zachowaną, powraca świadomość i rozeznanie, lubo zbliża się już obecnie następowy stan upadku sił umysłowych. Na szczycie szału występowała nieustanna gadatliwość, śpiewy, rymowanie, skandowanie i pytaczka.

Z całego zachowania się chorego i z objawów powyżéj skreślonych, poznaliśmy, iż u Henryka B. choroba rozpoczęła się od zadumy z porywami samobójczemi, przeszła następnie w obłąkanie kolejne, poczém ustalił się szał okresowy.

Ze zbadania stanu obecnego wynika jeszcze coś ciekawszego: Czaszka duża (obwód 575 mm.), wymiary skośne, nierówne, potylica bardzo mocno nad szwy wystająca, czoło bardzo mocno wysklepione, źrenice miernie jednako rozszerzone, słabo ściągliwe, plamki obłoczkowe na obu rogówkach, krótkowidzenie, ślepota barw, porażenie nerwu twarzowego prawego, uszy duże, prawe niżéj osadzone niż lewe, język zbacza na prawo, czynność serca nasilona, drugi ton nad aortą i t. płucną zaostrzony, wątroba wymacalna, śledziona powiększona, na prąciu blizna po wrzodzie kiłowym, ciałotwór kostny dobrze zbudowany, odżywienie dostateczne, siła mięśniowa bardzo słaba (41, w okresie napięcia szałowego wzrasta do 60); odruchy tak brzuszne i kremasterów, jak kolanowe i ścięgna Achillesowego bardzo żywe.

Powiedziałem już, że na szczycie natężenia szału, okazywała się, równocześnie prawie ze śpiewném skandowaniem także pytaczka, jako współrzędny objaw najwyższego zadrażnienia szałowego.

Treść téj rozpytliwości także była różnorodną, bez praktycznego, po części niezrozumiałego znaczenia. „Zkąd ty pochodzisz? czyś ty dwudziesty piąty? czy masz chrap na co? czy dla mnie sito? czy on ma łaskotki? czy to koloszwary? czy on jest der falsche baron? czy Numa chodzić będzie do Pompilijusza? Czy syphilis jest zur Belohnung? czy to syfizes, co mówi zawsze dieses, dieser? co to jest Buch der Natur? Gdzie moje jabłko pierworodne? Co to jest Druck von Amtsphären? co te jest kosmopolita? dla czego się boją Filzlaüse? co to jest mehr für commerzielle? co to jest zenit a co nadir? czy Minerwa może się przemienić w Minerwego? co to jest chef de contencieux belgique? i wiele pytań podobnych.

W ten sposób wyczerpaliśmy całą kazuistykę spostrzeżonych dotąd przypadków pytaczki.

Co do wniosków jakie wypływają z porównania przytoczonych dwóch ostatnich przypadków z opisanemi poprzednio, to przedewszystkiém nie spostrzegamy pomiędzy niemi zasadniczéj różnicy i uderza nas tu bowiem zarówno ten sam popęd do ruchu rozpytliwego, górujący na chwilę nad wszystkiém, jak równie treść pytań jest tutaj także przypadkową, różnorodną, nie wynikającą z żadnéj zgoła pobudki praktycznéj.

Szczególniéj w ostatnim przypadku, w szale, widzieliśmy, iż na szczycie zwiększonéj chyżości wyobrażeń, co przecież jest jedną z głównych cech wyrodzenia szałowego, zjawia się obok śpiewów, rymowania, skandowania, jakby dla odnalezienia innéj jeszcze postaci ruchu, także ruch rozpytliwości, jako objętek, w który znów podobnie, jak w śpiew, rymy i skandowania, wpada myśl, wyobrażenie, bądź przypadkiem obecnéj chwili potrącone, bądź też powzięte z dawniejszego zasobu pamięci.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Sigrist: Wpływ elektryzowania wątroby na wydzielanie mocznika.

Z d. 1 stycznia br. powstało w Petersburgu nowe czasopismo tygodniowe pod redakcyją prof. Manasseina, zatytułowane *Wracz*. Jeśli mamy wnosić z numerów styczniowych, rzeczony tygodnik połączy w swych szpaltach ruch umysłowy lekarzy rosyjskich i z tego względu będzie mieć dla nas wielki interes, gdyż dotychczasowe prace badaczy rosyjskich dochodziły do nas *via Germaniae*.

W Nrze 2 *Wracza* znajdujemy rozprawę Dra Sigrista, wykonaną pod kierunkiem prof. Manasseina, a oznaczoną Nrem 29; liczba ta dowodnie świadczy o energii, zamiłowaniu, oraz o wyższych zdolnościach tego kierownika, który od r. 1875 zdołał zachęcić do pracy naukowéj tylu młodych lekarzy. Praca Sigrista, z któréj zdajemy sprawę, nosi na sobie znamię téj ścisłości naukowéj oraz krytycznéj kontroli nad samym sobą, które znamionują dobrą szkołę doświadczalną.

Do najważniejszych zagadnień bijologii należy zamknięcie aktów nad badaniami dotyczącemi mocznika: jeśli ilość jego na dobę u człowieka oznaczamy już stałą przeciętną liczbą, to natomiast miejsce powstawania pozostaje ciągle do odgadnienia, będąc ostatecznym wytworem dysasymilacyi ciał azotowych; czy mocznik powstaje wszędzie, gdzie odbywa się sprawa odżywcza, a więc w całym ustroju, lub też czy go wydziela osobny narząd, gruczoł jaki? pomimo wiarogodnych świadków i tak przekonywających dowodów sąd ostateczny o rzeczy nie zapadł. Praca Sigrista należy do tych, które silnie zaciążą na szali wahających się przekonań; rozprawę swą rozpoczął autor od rysu historycznego w tym porządku, jak go skreślił Charcot w swém dziele: *Leçons sur les maladies du foie et des voies biliaires* r. 1877; a ponieważ z dzieła rzeczonego zdałem sprawę w Nrach 49, 50, 51 i 52 Przeglądu Lekarskiego z r. 1877 z uwzględnieniem literatury i historyi badań nad mocznikiem, przeto w obecném sprawozdaniu ustęp ten opuszczam, namieniając, że nie Prevost i Dumas w r. 1823, jak to podaje Sigrist, byli pierwsi, którzy między czynnością wątroby a ilością wydzielanego mocznika spostrzegli pewien związek, lecz pierwszeństwo należy się badaczom: Fourcroy i Vauquelin, którzy w pierwszych latach bieżącego stulecia zauważyli, że przy pewnych cierpieniach wątroby ilość mocznika na dobę znacznie się zwiększa, i dali początek badaniom, które do téj pory jeszcze nie są ukończonemi.

Opierając się na tym pewniku, że przekrwienie wątroby w chorobach gorączkowych zwiększa się ilość mocznika na dobę, Sigrist powziął myśl, że pobudzając wątrobę prądem przerywanym lub stałym zwiększy wytwarzanie mocznika, jeśli takowy w wątrobie powstaje. Istotnie pierwsze badanie dało wynik zdumiewający, gdyż ilość mocznika pomnożyła się $2^1/_2$ razy; następne doświadczenia tak się nie różniły od pierwszego, że autor poprzestał na 7 badaniach, uznając za pewnik do téj pory przez nikogo nieogłoszony, że prąd elektryczny, przepuszczany przez wątrobę, zwiększa w dwójnasób ilość mocznika wydzielanego na dobę. Technika doświadczeń Sigrista była następująca: indywiduum zdrowe żywioném było przez cały czas doświadczeń mlekiem, mięsem i małą ilością bułki w jednakich ilościach codziennie, a gdy ilość mocznika na dobę przestała ulegać wahaniom przekraczającym 1·0, zostawiając badanego na téj saméj dyjecie, Sigrist stosował prąd elektryczny, bądź przerywany (silny lub słaby) bądź stały przez 15 minut, przykładając jeden biegun pod wyrostek mieczykowaty, a drugim dotykając rozmaitych miejsc, odpowiadających położeniu wątroby; następnie zbierał mocz z całéj doby i obliczał zawartą w nim ilość mocznika podług metody Liebiga; te same osoby poddawane były elektryzacyi 3—7 razy. Sigrist zamierzył przekonać się, czy elektryzowanie wątroby wpływa na ilość czerwonych ciałek krwi, i w tym celu liczył takowe przyrządem Malasseza 10 minut przed elektryzowaniem i 10 po elektryzowaniu; stale otrzymywał zwiększenie się ilości ciałek czerwonych, wahające się od 150·000 do 800·000 na 0,01 sześcienny; nie powiodło mu się jednak znaleść stosunku między zwiększaniem się mocznika i ilości ciałek czerwonych.

Następnie autor przytacza długi szereg liczb, które otrzymał przy obliczaniu mocznika na dobę po elektryzowaniu wątroby; bierzemy z tych liczb tylko przeciętne, mianowicie po elektryzowaniu prądem przerywanym silnym ilość mocznika podwajała się, po faradyzacyi prądem słabym i po zastosowaniu prądu stałego ilość mocznika zwiększała się mniéj więcéj o trzecią część.

Pracę swoją zakończył Sigrist badaniami kontrolującemi; faradyzując śledzionę nie otrzymał zwiększenia się mocznika; elektryzując tłocznię brzuszną otrzymał nieznaczne zwiększenie się mocznika. co tłumaczy kurczeniem się mięśni i zaburzeniami obiegu krwi w jamie brzusznéj. (*Wracz* Nr. 2). *Dr. A. Kwaśnicki.*

K. Rokitansky: **Wyłuszczenie włókniaka przedniéj ściany brzucha.**

Opis błędów dyjagnostycznych i operacyjnych jest niezaprzeczenie najwięcéj pouczającą częścią całéj kazuistyki lekarskiéj, nad któréj wartością i doniosłością zastanawiać się byłoby zbytecznem. Żałować tylko należy, że nie wszyscy operatorzy i koryfeusze ochoczo podają swe błędy do publicznéj wiadomości, chociaż się przyznają do takowych w kółkach ściślejszych.

R. operator, który do dziś wykonał kilkadziesiąt owaryjotomij i świetnemi poszczycić się może wynikami, opowiada z całą naturalnością przypadek, w którym po mylném rozpoznaniu guza jajnikowego, podczas operacyi przekonał się, że ma przed sobą włókniak zaotrzewnowy przedniéj ściany brzucha. Przypadek sam przez się odznacza się rzadkością ze względu na rozmiary i siedzibę guza. Wyłuszczony włókniak ważył 17 kilogramów, a biorąc początek prawdopodobnie od zewnętrznéj strony otrzewnéj, z którą po lewéj stronie podbrzusza ściśle był połączony, rozpościerał się w przedniéj ścianie aż do kolan obwisłego brzucha mniéj więcéj jednostajnie.

Spostrzegłszy błąd wyłuszczył autor cały guz po $4^1/_2$ godzinnéj pracy. Tok operacyi przewlekał krwotok z nader licznych i znacznie rozdętych naczyń. W miejscu, gdzie guz był ściśle z otrzewną złączony, musiał wyciąć kawałek otrzewny wielkości dłoni, niedaleko powstało kilka drobnych otworków z téj saméj przyczyny. Po dokonaném wyłuszczeniu, skoro się przekonał, że ani w jamie otrzewnéj ani też w jamie, w któréj się włókniak znachodził, żadne naczynie nie broczyło, spoił brzegi otworu w otrzewnéj a wreszcie i brzegi rany w skórze. Niedokrewna chora na drugi dzień umarła z przyczyny następowego krwotoku do jamy otrzewnowéj, w któréj przy oględzinach pośmiertnych znaleziono około 150 cm. sześć. krwi.

Obok objawów, na których R. rozpoznanie opierał były następujące, które nie przemawiały za guzem jajnikowym, a mianowicie: obok znacznego brzucha obwisłego w prawidłowéj wysokości tyłozgięta macica, prawidłowo położona pochwa, brak cechującego wychudnienia, a wreszcie obecność dwóch ruchomych guzów w wysokości pępka.

Przypadek powyższy opisuje autor w tym celu, aby postawić ważne a zarazem i trudne do rozwiązania pytanie: czy powyższe ujemne objawy można było tak ze sobą lub z innemi zestawić, aby rozpoznać chorobę dokładnie.

Poddanie téj kwestyi pod rozwagę jakoteż i cały opis przypadku pouczają nas, jak ostrożnie trzeba rozpoznawać guzy brzuszne i że przy badaniu najdrobniejsze nawet objawy uwzględniać należy. W obec tego dziwi nas, dlaczego R. dość niechętnie wyraża się w końcu o wysokiém badaniu przez kiszkę stolcową, nie podaje bowiem żadnéj przyczyny swéj niechęci.

Bądź co bądź opis powyższego przypadku jest dla lite-

ratury cenniejszym nabytkiem niż wiele innych świetnych rozpoznaniem, przebiegiem operacyj i wynikiem leczenia, pięknym i poetycznym opisanych stylem. (Osobne odbicie z *W. med. Presse* 1880). *Dr. Mars.*

Dr. Urbantschitsch (w Wiedniu): **O obrażeniach przyrządu słuchowego pod względem sądowo-lekarskim.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

IV. Rany postrzałowe przyrządu słuchowego. Znaczenie ich zależy od obrażenia ważnych dla słuchu części ucha, tudzież od następowych zapaleń. Buck wyciągnął choremu cierpiącemu na szum w uszach i przytępienie słuchu z przewodu usznego kulę, która od dziesięciu lat tamże się znajdowała, poczém nastąpiło zupełne wyleczenie. Według Moosa obrażenia wyrostka sutkowego mogą sprawić zupełną głuchotę. O orzeczeniu była już wyżéj mowa.

V. Ciała obce w uchu. Mowa tu o ciałach obcych, które dostawszy się do wnętrza ucha samą swoją tamże obecnością działają drażniąco i nieprzyjemne mogą sprowadzić następstwa. Drażnienie to zależy oczywiście w znacznéj części od jakości ciała oraz od wielkości ucisku, jaki ono na części otaczające wywiera. Ciała nierówne, chropawe, ostre a wtłoczone z siłą muszą być więc niebezpieczniejsze aniżeli ciała gładkie i luźno w przewodzie osadzone. Pierwsze wywołują zazwyczaj gwałtowne objawy zapalne, drugie bardzo nieznaczne lub wcale żadnych. Najczęściéj wdrążają ciała obce do przewodu zewnętrznego, i mogą sprowadzić zapalenie ucha zewnętrznego itp. Ciało obce, które utkwiło w błonie bębenkowéj, może pociągnąć za sobą jéj przedziurawienie, zapalenie lub zwiotczenie. W razie wdrążenia ciał obcych do jamy bębenkowéj, może powstać gwałtowne nawet śmiertelne zapalenie części miękkich itd. Przy orzeczeniu należy bacznie odróżniać zmiany chorobowe wywołane ciałem obcém od możliwych zmian pochodzących od zabiegów w celu wyciągnięcia takowego. Wiadomo z doświadczenia, że najczęściéj nie tyle niebezpiecznemi są ciała obce w uchu, ile nieoględne i nieumiejętne próby wydobycia ich.

VI. Obrażenia przyrządu słuchowego sposobem chemicznym lub termicznym. Wkroplenie płynów żrących, wody gorącéj do ucha może sprowadzić mniéj lub więcéj głębokie nadwerężenia części miękkich ucha zewnętrznego i środkowego; następowo zaś rozwinąć się mogą odczynowe zapalenia, zwężenia a nawet zupełna niedrożność przewodu usznego. Orzeczenie zależy od stopnia obrażenia i nasilenia następowych objawów zapalnych.

Nareszcie namienić tu należy, że niektóre cierpienia uszu mogą sprzyjać powstawaniu różnych chorób nerwowych i zboczeń umysłowych, co nie może być obojętném pod względem sądowolekarskim. Należy tu według Tröltscha przedewszystkiém podwyższenie ucisku śródbłędnikowego i zapalenie ropne jamy bębenkowéj, pod których wpływem powstać mogą pewne zboczenia umysłowe. Koeppe tłumaczy to odruchami po zadrażnieniu gałązek nerwu troistego. Również i ciała obce w uchu mogą wywołać objawy odruchowe w dziedzinie ruchowéj, czuciowéj, troficznéj i intelektualnéj, jak porażenia połowicze, padaczkę, kurcze, przeczulicę, nieczulicę rozmaitych części ciała, zanik ramienia téj samej strony (Boyer), znaczne wzmożenie czynności umysłowej (Brown), wielkie rozdrażnienie (Moos) itd. (*Wiener Klinik* 1880, zeszyt 2). *St. Sm.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Prof. Uffelmann podaje w *Arch. f. Kinderheilkunde* I, 3, uwagi nad sposobem użycia i wartością t. zw. bulijonu flaszkowego. Środek ten przygotowuje się jak następuje: Mięso wołowe lub cielęce, świeże, obrane ile możności z tłuszczu i pokrajane w maleńkie kawałki, zamyka się bez jakiegokolwiek dodatku w flaszce i stawia ostatnią do naczynia zawierającego wodę ciepłą, którą się przez 35—45 min. ogrzewa prawie do wrzenia. Wyjąwszy następnie flaszkę przekonać się można, że takowa zawiera teraz ciecz żółtawą lub brunatną, tj. bulijon flaszkowy, który należy oddzielić od mięsa przez odlanie lub przesączanie. W 100 częściach takiego bulijonu znaleziono 1·73 części soli i 5·53 części istot organicznych, wśród których ma się znajdować 2·69 cz. t. zw. istot wyciągowych i 1·84 cz. proteinu i kleju. Sole składają się przeważnie z soli potasowych (fosforany i chlorki). Według tego bulijon flaszkowy nie jest po prostu wyciągiem mięsnym, gdyż prócz istot wyciągowych i soli zawiera również istoty proteinowe w niemałéj ilości. Przetwór ten dość szybko się rozkłada, mianowicie w cieple już w 24—30 godz., w miejscach zaś chłodnych w ciągu 2—3 dni. Bulijon flaszkowy z cielęciny zawiera więcéj kleju, mniéj zaś proteinu, istot wyciągowych i soli. Bulijon flaszkowy zasługuje z wielkim pożytkiem w tych przypadkach na zastósowanie, w których choremu chcemy w małéj ilości podawać lek mocno posilny. W przypadkach osłabiających wymiotów i biegunki, mogących w krótkim czasie sprowadzić stan niebezpiecznego wycieńczenia, U. uważa środek ten za nader pożyteczny. Dzieciom poniżéj 6 miesięcy podaje U. co 10—15 minut większą łyżeczkę, starszym po $\frac{1}{2}$ łyżki, tak że pierwsze spożywają po 200, ostatni po 350 grm. na dobę. Skoro wymioty ustały, dodaje się bulijon do zupy a powoli przechodzi się do pożywienia mlecznego. U. zachwala środek ten w różnych ostrych i przewłocznych chorobach kiszek i otrzewny, krzywicy (jako dodatek do mleka) itd.

ss) W 42 przypadkach uporczywéj zimnicy, opierającéj się wszelkiemu innemu lekowaniu, otrzymał Dr. L. Schroeder (*St. Petersb. med. Wchft.* 1879, Nr. 40) znakomite skutki po zastósowaniu prądu przerywanego na okolicę śledziony. Jeden biegun przykłada się do lewego podżebrza, drugi zaś przesuwa się w kierunku górnego brzegu śledziony. Elektryzuje się raz na dzień przez 5 minut, rozpoczynając od prądów słabych a przechodząc do silniejszych. Po 3—4 posiedzeniach postrzegał S. znaczne zmniejszanie się śledziony, a po 8—15 dniach napady zimnicze zupełnie ustępowały. W 2 przypadkach napady powróciły, jeden z nich wyzdrowiał dopiero po zastósowaniu równoczesném chininu i elektryczności. Raz tylko mimo 14-dniowego elektryzowania rezultat był ujemny.

ss) Już Stromeyer chwalił działanie fosforanu wapniowego przeciw krwotokom dróg moczowych. Spostrzeżenia, mające potwierdzać tę właśnie zaletę tego środka, ogłosił w r. 1872 w *„Deutsche Klinik"* a obecnie znów w *„Deutsche med. Wchft."* Dr. Caspari. W przypadku silnego krwotoku nerkowego u własnego dziecka autora, gdzie ani zimne oblewania, ani kwasy mineralne, hałun, tanin, półtorachlorek żelaza, sporysz itd., nie okazały żadnego pomyślnego skutku, pod wpływem fosforanu wapniowego w ciągu 10 godzin krwotok znacznie się zmniejszył, a w 3 dni zupełnie ustąpił. O równéj skuteczności leku w mowie będącego przekonał się C. w licznych przypadkach urazowych krwotoków nerkowych, krwawienia pęcherza itp. Dodając do tego pomyślne postrzeżenia w zbyt obfitéj miesiączce, blednicy itd. oświadcza, że fosforan wapniowy zdaje się wywierać na naczynia włosowate działanie prawie swo-

iste i że podawany z przetworami żelezistemi może stanowczo wpływać na polepszenie składu krwi. Nawet osobom dotkniętym osłabieniem narządów trawienia można lek ten podawać po 5·0 do 7·0 grm. na dobę.

ss) Niedawno temu polecano z wielu stron wstrzykiwania wody gorącéj przeciw krwotokom macicznym; teraz znów zachwalają środek ten liczni chirurdzy amerykańscy przeciw krwotokom miąższowym po obrażeniach operacyjnych itd. Hunter każe złożony w kilkoro muślin maczać w wodzie tak gorącéj, że zaledwie w niéj rękę utrzymać możemy (około 54° C.) i przykładać go na ranę, zmieniając co 1—2 min. Mniéj skuteczne mają być natryski z wody gorącéj. Przebieg gojenia się ran ma być bardzo pomyślny. Keetley chwali powyższe postępowanie w celu uśmierzenia krwotoku z nosa i przy amputacyi, Hamilton używa w tym celu wody prawie wrzącéj, a Brown poleca postępowanie to przeciw miąższowemu krwawieniu z nowotworów złośliwych. (*Wien. med. Bl.* 1880. Nr. 8).

ss) Demme radzi w przypadkach ciężkich postaci nieżytu jelitowego u dzieci podawać przetwory wyskokowe z dodatkiem kreozotu, makowca lub przy równoczesném, stosowaniu będźwinianu sodowego. W tym celu przepisuje: *Rp. Cognaci 2·5, Creosoti 0·01, Plv. gummosi 1·5, Aqu. dest. 50·0 MS.* Wyżyć w ciągu doby. Dzieciom kilkotygodniowym można na dobę dawać wyskoku po 3—5 grm. D. upatruje tu działanie leku tego podniecające i zapobiegające gniciu. (*Wien. med. Bl.* 1880, Nr. 8).

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie IV zwyczajne z d. 17 lutego 1880 r.

Przewodniczący Dr. Warschauer. Obecnych członków 24.

1) Przewodniczący wspomniał o stracie, jaką Towarzystwo nasze poniosło przez zgon śp. Aleksandra Kremera b. prezesa i członka honorowego Towarzystwa, który zasługami obywatelskiemi i literackiemi pozyskał sobie ogólne uznanie. Towarzystwo lekarskie uczciło przez powstanie pamięć zmarłego.

2) Przewodniczący złożył do biblijoteki Towarzystwa nadesłany Pamiętnik Tow. lek. warszawskiego z r. 1880. Zeszyt I.

3) Wybrano członkami koresp. Dra Jana Machera w Białéj i Dra Mieczysława Gedla w Wadowicach.

4) Kol. Warschauer odnośnie do odczytu kol. Lustgartena mianego na przeszłém posiedzeniu odczytał sprawozdanie p. Thaona, umieszczone w lutowym zeszycie „*Nice medical,*“ z przypadku gorączki durzycowéj odznaczającéj się znacznym szeregiem powrotów choroby trwającéj razem przez 5 miesięcy. Przerwy pomiędzy poszczególnemi napadami były już dłuższe już krótsze, ku końcowi choroby trwały zaledwie po kilka dni. Chorą leczono kąpielami o ciepłocie + 25° trwającemi 10 minut; codziennie stósowano sześć kąpieli, dopóki ciepłota ciała wahała się między 39° a 40° C. razem wzięła chora 620 kąpieli. Siarkan chininu okazał się bezskutecznym, dopóki chora mieszkała nad brzegiem rzeki (Paillon), po przesiedleniu się choréj chinin zaczął skutkować i wyleczenie nastąpiło. W dyskusyi nad sprawozdaniem z téj choroby na posiedzeniu Tow. lek. klimatologicznego nicejskiego upatrywano podobieństwo téj choroby do gorączki zwalniającéj, *f. remittens,* która w Nicei wydarza się często a w każdym razie przeniesienie choréj wcześniejsze do innego mieszkania byłoby wyjaśniło chorobę. Przytoczono także przypadek zimnicy, obserwowany przez p. Granda, która się zamieniła w gorączkę zwalniającą. Chinin nie wywierał żadnego skutku, dopiero gdy chora zmieniła miejsce pobytu przyszła bez innych środków lekarskich do zdrowia. p. Thaon obstawał przy swojém rozpoznaniu durzycy ze względu na kliniczne krzywizny termometryczne, na plamki różyczkowe, na biegunkę, bębnicę i przypadłości piersiowe, które u choréj razem z Drem Zurcherem obserwował.

5) Kol. prof. Oettinger skreśliwszy najgłówniejsze niedostatki co do stanowiska lekarskiego, na które w obecnych stosunkach trudno znaleść radę, widzi w utworzeniu Izb lekarskich jeden z środków dążących do polepszenia doli naszego stanu i dla tego stawia następujący wniosek w sprawie poparcia petycyi wniesionéj do Izby poselskiéj Rady państwa przez Wydział związku rakuskich towarzystw lekarskich o utworzenie Izb lekarskich: Towarzystwo lekarskie uchwali:

1. Wysłać do Izby poselskiéj Rady państwa na ręce jednego z posłów m. Krakowa petycyję wyrażającą dobitnie poparcie ze strony Towarzystwa lek. krak. petycyi wniesionéj do Izby posłów przez Zarząd związku rakuskich towarzystw lekarskich w sprawie utworzenia Izb lekarskich jako koniecznego warunku należytego urządzenia stosunków zdrowotnych i lekarskich monarchii rakuskiéj.

2. Zamieścić w tejże petycyi prośbę, aby ze względu na właściwe potrzeby Galicyi wynikające z jéj rozległości, topograficznego ukształtowania, z jéj stosunków etnograficznych, z rozkładu ognisk ruchu naukowego i społeczno-lekarskiego w tymże kraju utworzone zostały dwie Izby lekarskie, jedna we Lwowie, druga w Krakowie.

W dyskusyi ogólnéj nad tym wnioskiem koll. Domański i Blumenstok byli przeciwni na teraz petycyi głównie z tego powodu, że nie wiemy wcale, jakiego rodzaju mają być te Izby i czy nam istotną korzyść przyniosą. Kol. Blumenstok przytacza prócz tego powody, dla których kolegijum doktorskie w Wiedniu oświadczyło się przeciw utworzeniu Izb lekarskich i dlatego proponuje tak jak kol. Domański odroczenie téj sprawy, dopóki rząd nie wyjawi swego zdania w téj sprawie. Kol. Oettinger ubolewa, że koledzy oponenci powodują się pesymizmem, który nigdy nie wychodzi na pożytek, twierdzi że *tentare licet* a my obowiązek swój powinniśmy wypełnić, co się zaś tyczy stanowiska rządu to tu właśnie o to idzie, abyśmy w rozstrzygającéj chwili wywarli na rząd wpływ dodatni. W głosowaniu upadł wniosek kol. Domańskiego a wniosek kol. Oettingera przeszedł znaczną większością.

W dyskusyi szczegółowéj przyjęto poprawkę kol. prof. Blumenstoka, aby w petycyi umieścić, iżby rząd przed ostatecznym załatwieniem téj sprawy zasięgnął zdania ankiety złożonéj z reprezentantów lekarzy wszystkich krajów koronnych co do organizacyi i zakresu działania utworzyć się mających Izb lekarskich.

6) Kol. Blumenstok oświadcza w imieniu Komisyi redakcyjnéj, że kol. Warschauer złożył na ręce Komisyi redakcyjnéj książeczkę kasy oszczędności na 100 złr. na rzecz Przeglądu Lekarskiego z tém zastrzeżeniem, aby kwota ta podjęta z końcem roku wraz z procentem użytą była na pokrycie niedoboru, jaki w tym roku powstać może z powodu, iż dla wielkiego nawału artykułów do Przeglądu Lek. nadsyłanych wypadnie wydać większą niż corocznie liczbę arkuszy. Towarzystwo lekarskie złożyło ofiarodawcy wśród oklasków podziękowanie.

7) Kol. Obaliński odczytał swą pracę doświadczalną nad przetaczaniem krwi do jamy otrzewnowéj u zwierząt. (Rozprawa ta została zamieszczona w Przegl. Lek.).

W dyskusyi nad tą zajmującą pracą namienił kol. Kwaśnicki, że czytał w jednym z ostatnich dzienników lekarskich rosyjskich sprawozdanie z takich samych doświadczeń wykonanych przez Nikolskiego w Petersburgu i że wypadki przez tegoż otrzymane zupełnie odpowiadają wypadkom przez prelegenta podanym. Już po 2ch godzinach dostrzegał Nikolski powiększenie ilości ciałek krwi, które dochodziło najwyższego szczytu przeciętnie po 2ch dniach; po 3cim dniu już widać było ubytek. Nikolski podziela zapatrywanie autorów włoskich, że transfuzyja do jamy otrzewnowéj zastąpi transfuzyję krwi bezpośrednią, tudzież że użycie krwi obcego gatunku zwierząt zupełnie chybia celu. Kol. Smoleński zwraca uwagę na kwestyję historyczną a mianowicie, że pierwszy który dał niejako pobudkę do tych doświadczeń nie był Ponfick lecz Penzold; tenże wstrzykiwał krew do jamy otrzewnowéj u zwierząt jeszcze w r. 1875, głównie dla przekonania się, czy jama otrzewnowa zdoła utrzymać krew w stanie płynnym i zauważył już po 18tu godzinach zupełne wessanie. Następnie zwrócił kol. Smoleński uwagę na wartość sposobu obliczania ilości ciałek krwi, który oznacza tylko stosunek ciałek krwi do cieczy i że upust krwi stosunku tego

nie zmienia i ubytku ciałek krwi nie sprowadza. Zgadzając się wreszcie z zdaniem prelegenta, że ten sposób przetaczania krwi nie da się u ludzi zastósować w przypadkach nagle powstałéj i groźnéj niedokrewności z powodu powolnego wessania krwi przetoczonéj, zapytuje kol. S. czy zwierzęta, którym przetoczono krew do jamy otrzewnowéj po znacznym upuście krwi z tętnicy dogłowowéj miały się potém dobrze tudzież czy prelegent nie zauważył w którym przypadku nadnormalnego powiększenia ilości ciałek krwi? Kol. Browicz, który z prelegentem obserwował te doświadczenia, twierdzi że zwiększenie się ilości ciałek krwi nadnormalne w tych przypadkach miało miejsce, w których przed przetoczeniem nie zrobiono upustu krwi; te zwierzęta miały się długi czas bardzo dobrze i oczywiście lepiéj aniżeli te, którym dla upustu krwi z tętnicy dogłowowéj zrobiono dosyć wielką ranę na szyi. Kol. Pisek upatruje w pewnych właściwościach otrzewnéj jeszcze większe ograniczenia dla robienia transfuzyi w jamę otrzewnową, niż sam prelegent przypuszcza. Otrzewna bowiem ludzka nierównie jest draźliwszą na bodźce niż otrzewna zwierząt, na których prelegent robił doświadczenia. Pomijając liczne znane przypadki nagłéj śmierci po zadziałaniu tępych urazów na otrzewnę, zwraca kol. Pisek uwagę na spostrzeżenia Zenkera (*Tagblatt der 47 Versaml. deutscher Naturforscher u. Aerzte zu Breslau 1874*), gdzie w kilku przypadkach jako bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci uważać należało nagłe zadziałanie krwi wynaczynionéj w około trzustki na nerwy trzewowe. Zenker przypuszcza w owych przypadkach nagle zadraźnienie zwoju słonecznego a zatém i nerwów trzewowych a skutkiem tego odruchowe zboczenia w czynności serca zupełnie analogicznie jak w doświadczeniu Goltza (*Klopfversuch*). Powtóre zapytuje kol. Pisek prelegenta, jaką ma rękojmię, że przy przekłuwaniu ścian brzusznych kaniulą nie nadweręży ścian jelita? Kol. Obaliński w odpowiedzi kol. Smoleńskiemu namienia, że zwierzęta, którym wstrzyknięto krew do jamy otrzewnowéj po znacznych poprzedzających upustach ($^1/_3$—$^1/_2$ ilości krwi) dobrze się miały, te zaś, którym zrobiono upust tylko dla transfuzyi innym zwierzętom a więc bez kompensaty, niedługo umierały, a więc przetoczenie krwi do jamy otrzewnowéj u zwierząt przedstawia widoczne korzyści. Kol. Piskowi odpowiedział prelegent, że Ponfick u czterech ludzi robił próbę i nie skarżył się wcale na groźne objawy, zresztą robi się w jamie otrzewnowéj różne inne gwałtowne operacyje, które chorzy często bardzo dobrze znoszą.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Wasylewski.*

Sprawozdanie z Walnego Zebrania Sekcyi Lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk. odbytego dnia 19 Grudnia 1879 r.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

Posiedzenie o godzinie 6téj wieczorem zagaił w nieobecności prezesa Dra Mateckiego Dr. Kaczorowski, wzywając zgromadzonych do wyboru przewodniczącego dla Walnego Zebrania; wybór padł jednomyślnie na Dra Szostakowskiego z Krotoszyna.

Po odczytaniu protokółu z ostatniego Walnego Zebrania i przyjęciu tegoż zabrał głos Dr. Koehler z Kościana zachęcając w krótkich słowach kolegów do jak najczęstszego stósowania borocytrynijanu magnezyi przeciw kamieniom nerkowym i pęcherza moczowego; odwołując się do dwóch rozprawek swych w tym przedmiocie napisanych a umieszczonych w Przeględzie Lek. i w *Berl. klin. Wchft.* W dyskusyi nad tym przedmiotem namienił Dr. Kaczorowski, że nieraz tego środka używał w nieżytach pęcherzowych, lecz z skutkiem nieszczególnym; być może, że winą to preparatu, który tutaj jest niedobry, wietrzeje szybko i smakuje jak kreda. W jednym przypadku kamienia pęcherzowego znakomite usługi oddały wstrzykiwania boraksu. Dr. Osowicki dodaje do *magn. boroctr. natr. bicarbonicum*, lecz i rezultatów tego połączenia nie można nazwać pomyślnemi.

Następuje odczyt Dra Zielewicza pt. Przyczynek do chirurgii układu kostnego u dzieci i niedorostków. Prelegent motywując tytuł swego wykładu namienia o właściwościach chorobowych układu kostnego w wieku dziecięcym, normujących się stosunkiem nasady do trzonu w kościach długich, skłonnością do zapaleń śródkostnych, umiejscowieniem złogów zołzowych i gruźliczych, tudzież nieprawidłowym rozrostem pojedynczych kości, skutkiem wad wrodzonych. Omówiwszy każdą z tych kategoryj pod względem patologicznym prelegent kładzie nacisk na zapalenia kości zołzowe i gruźlicze, radzi nie tracić czasu naprawą odżywiania za pomocą kąpieli słono-jodowych, tranu itp., lecz wcześnie zabrać się do odsłonięcia odnośnych kości i wyskrobania gniazd i złogów zapalnych łyżeczką Volkmanna, z następném wypaleniem tychże termo- lub galwanokauterem (*Jaquelin, Voltolini*). Rękoczyny te niekiedy nie prowadzą do celu, ale prelegent zaleca wytrwałość w kilkakrotném ich powtarzaniu, które w przeważnéj liczbie przypadków pomyślnym uwieńczane bywa skutkiem. Żeby zapalenia śródkostne (*ostitis, osteomyelitis*) w wieku dziecięcym były częstemi, na to brakuje jeszcze statystycznego dowodu, wszakże prelegent w krótkim stosunkowo czasie uważał dwa przypadki u chłopców, których przedstawił. U jednego z nich wypiłował staw biodrowy, u drugiego staw barkowy; odnośne preparaty kostne, przedłożone zebranym, świadczą o sprawie chorobowéj. Drugi z wymienionych przypadków przedstawia w przebiegu swym pierwotne złamanie barku, do którego się przyłączyło zapalenie śródkostne odłamków, tudzież oddzielenie się nasady od trzonu kości barkowéj. Prelegent omawiając ten przypadek, przypomina, że Esmarch w wykładzie mianym na 6tym kongresie chirurgów w Berlinie przedstawił podobny przypadek, od którego się niniejszy tem tylko różni, że obok oddzielenia nasady zachodzi jeszcze złamanie. Górna linija nasadowa barku występuje tu także w właściwéj sobie roli o tyle, że i prelegenta, jak innych, wprowadziła w błąd przy operacyi; po wyciągnięciu bowiem górnego odłamku z rany mniemano, że operacyja skończona, gdy tymczasem przy dalszém badaniu palcem pokazało się, że się w stawie znajduje jeszcze blaszka stawowa, stanowiąca nasadę barku. Zniszczenie kości sięgało do $^2/_3$ długości trzonu kości barkowéj, nadto staw bolesny, obrzmiały. Wśród takich warunków trudno było zdecydować się na resekcyję, jakkolwiek z drugiéj strony znane są przypadki nadzwyczaj obfitego nadrastania kości. Wreszcie na korzyść postępowania konserwatywnego przeważył wzgląd ten, że u niedorostków i ludzi młodych zapalenia kostne często się zatrzymują, a kość przechodzi w sklerozę; postanowiono więc część kości, przytykającą do stawu, pozostawić. Wynik operacyi dotychczas pomyślny: po 2 miesiącach połowa wyciętéj kości nadrosła, ale używalność odnogi dotychczas bardzo słaba, bo od strony stawu barkowego kości wcale nie ma, a więc i stawu brakuje.

Następnie przedstawił wykładający preparat kostny główki udowéj chłopca 9-letniego, u którego wykonał dekapitacyję z powodu *coxitis*. Przy téj sposobności prelegent omawia wskazania leczenia konserwatywnego i operacyjnego. Ekstensyja dla tego zawodzi tak często, ponieważ już w stosunkowo bardzo świeżych przypadkach zapalenia stawu biodrowego mamy do czynienia z destrukcyją części stawowych. W niniejszym przypadku nie było żadnego obrzmienia okolicy pośladkowéj, żadnych przetok, tylko bolesność odnogi, a już chrząstna powłoka główki zniszczona, tudzież więzadło okrągłe. Dla tego prelegent przechyla się do zdania tych, którzy w pewnych przypadkach radzą wczesną resekcyję. Wreszcie prelegent przedstawia wycięte kości śródstopia u 4-letniego dziewczęcia z zastarzałéj szpotawości nogi (*pes varus congen.*), tudzież pacyjentkę samą po dokonanéj operacyi. Tenotomija poprzednio kilka razy dokonana okazała się bezskuteczną. Prelegent wykonał wycięcie kości śródstopia klinowe w ten sposób, że poprowadził najpierw cięcie podłużne po nad guzikiem *ossis cuboidei*, a drugie cięcie prostopadle przez grzbiet stopy. Za pomocą piłki kończastéj i dłutka wyjęto klin, którego podstawę utworzył brzeg zewnętrzny *ossis cuboidei* a którego boki biegły przez *os cuboideum*, występujący cypel *ossis cuneif.*, tudzież połowę *ossis navicul.*, w któréj środku przypadł szczyt klina. Obcięcie zbytnich płatów skórnych, szwy z jedwabiu karbolizowanego, opatrunek przeciwgnilny z silną kompresyją z powodu mocnego krwotoku miąższowego, którego po zdjęciu węża gumowego zatamować nie było można. Rana zagoiła się przez ropienie, rezultat pomyślny.

Po odczycie tym wywiązała się dłuższa dyskusyja, poczém zabrał głos Dr. Wicherkiewicz i odczytał rozprawę swą pt. o śródgałkowych naroślach oka (odczyt w całości zamieszczony został w Przeglądzie Lekarskim).

Następuje odczyt Dra Kaczorowskiego pt. kilka przyczynków do działania zimnego powietrza w cho-

robach gorączkowych i suchotach płucnych, o którym dla zwięzłości tematu już wyżéj była mowa.

Na wniosek dyrygujących w zakładzie Sióstr Miłosierdzia uchwalono, iż wizyta ranna w tymże zakładzie, w dzień Walnego Zebrania przypadająca, odbywa się tylko w czasie od godz. 9—11.

Nadto postanowiono, ażeby do wszystkich lekarzy Księstwa, którzy dotychczas do Wydziału lekarskiego nie przystąpili (na 130tu należy zaledwie 60), rozesłać okólnik z kwietnia 1874 r., w skutek którego podówczas wielu lekarzy do Towarzystwa się zapisało.

W końcu przewodniczący w krótkich lecz serdecznych słowach wspomina o zmarłym w sile wieku koledze śp. Drze Noskiewiczu, prezesie IIgo Zjazdu lekarzy polskich we Lwowie, poczém zebrani przez powstanie z miejsc oddali należny hołd cieniom przedwcześnie zmarłego kolegi.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. Stanisław Jerzykowski.

V. † Aleksander Kremer.

(Dok. Patrz Nr. 9).

Razem z przyjacielem swym Gustawem Belkem przyswoił językowi naszemu pomnikowe dzieło Jerzego Cuviera Historyja nauk przyrodniczych podług ustnego wykładu. Dzieło to wydaném zostało w latach 1854 i 55 w Wilnie przez księgarza Zawadzkiego, przy wspaniałomyślnéj pomocy ś. p. Konstantego Tyzenhauza w pięciu tomach, przyozdobione portretami sławnych naturalistów na stali rytemi, uzupełnione dodatkami, odnoszącemi się do dziejów tych nauk w naszym kraju, pióra Kremera i Belkego, oraz historyją anatomii w Polsce napisaną przez A. Adamowicza.

W wolnych chwilach przełożył z francuskiego Wspomnienia z podróży po Tartaryi, Tybecie i Chinach w latach 1844, 45 i 46 odbytéj przez X. E. Huc misyjonarza. Warszawa u Orgelbranda, 1858, w 8ce, s. 623.

W ostatnich latach swego pobytu w Kamieńcu zajmował się pracami nad słownictwem polskiém w ogóle, a w szczególności nad słownictwem lekarskiém. Owocem téj pracy są dwa dzieła:

Słowniczek prowincyjonalizmów podolskich wydany w Krakowie w r. 1870, w 8ce, s. 82 (jako odbitka z tomu LI. Rocznika Tow. nauk. krak., gdzie jest zamieszczony na str. 178—259). Dziełko to prócz przedmowy zawiera wykaz kilkuset wyrazów używanych na Podolu, w innych okolicach kraju nieznanych lub w innéem znaczeniu używanych, oraz wykaz rossycyzmów albo moskwicyzmów upowszechnionych na Podolu.

Słownik łacińsko-polski wyrazów lekarskich przez prof. Dra F. K. Skobla i Dra A. Kremera. Kraków, 1868, w 8ce, str. VI i 345 (szpalt 690). Ś. p. Aleksander czując brak tego rodzaju dzieła w języku ojczystym, z którego duchem dokładnie był obeznanym, mozolną pracą zebrał kilka tysięcy wyrazów, nie znajdując zaś w mowie polskiéj stósownych wyrażeń na takowe, starał się tworzyć odpowiadające duchowi języka i zasadom gramatycznym. Nie dowierzając atoli własnym siłom posłał tę pracę ś. p. prof. Drowi Skoblowi, który stojąc na straży czystości języka ojczystego, porobił nad nią swoje uwagi i wzbogacił ją znacznym dodatkiem własnych wyrazów. Tak tedy cenne owo dzieło, niezbędne dla każdego zajmującego się piśmiennictwem lekarskiém, jest owocem pracy obu zacnych mężów i wyszło też pod nazwiskiem obudwu jako autorów.

W r. 1865 zmuszony okolicznościami od woli jego niezależnemi do opuszczenia Kamieńca postanowił wrócić do rodzinnego Krakowa, gdzie z początkiem września przybywszy już do końca życia pozostał. Podówczas nie istniało jeszcze w Krakowie Towarzystwo lekarskie, któreby łączyło licznych lekarzy w tém mieście zamieszkałych w jedno grono, lubo potrzeba jego wielu Kolegom dotkliwie czuć się dawała; czynny umysł Kremera skłonił go do zakrzątnienia się wraz z kilku kolegami, aby takie stowarzyszenie utworzyć, a usiłowania jego nadspodziewanie prędko zostały uwieńczonemi pożądanym skutkiem, gdyż już w pierwszych dniach stycznia 1866 r. zawiązało się Towarzystwo lekarskie, które Kremera obrało swym pierwszym prezesem; a gdy w listopadzie t. r. po zatwierdzeniu ustawy przez władze rządowe Towarzystwo jako prawnie istniejące zostało otwartém i rozszerzyło zakres swych czynności, Kremer powtórnie został wybrany prezesem i na rok następny 1867. Na tém stanowisku przyczynił się do rozwoju Towarzystwa, a późniéj po ukończeniu swego urzędowania nie przestał gorliwie pracować dla jego dobra, już to jako członek delegowany do Komitetu, już jako wiceprezes, już wreszcie jako członek Komisyj czasowych, wyznaczonych dla załatwienia pojedynczych czynności, oraz stałych, jak Komisyi redakcyjnéj zajmującéj się wydawnictwem Przeglądu Lekarskiego, któréj przez pięć lat był członkiem, a zwłaszcza jako członek i przewodniczący Komisyi terminologicznéj. Komisyja ta złożona z trzech członków znanych z mrówczéj pracowitości, Kremera oraz proff. Dra Janikowskiego i Dra Oettingera, zajmuje się opracowaniem ile możności dokładnego słownika wyrazów lekarskich, na tle słownika dawniéj wydanego przez Skobla i Kremera. Praca ta mozolna, w któréj ś. p. Aleksander brał udział nawet już złożony chorobą, w ciągu lat kilku prawie ukończoną została przy czynnym współudziale czcigodnego prezesa Akademii Umiejętności i Przewodniczącego Komisyi językowéj Prof. Dra Majera, który Komisyję wspierał swemi światłemi radami. Obecnie po ostateczném obrobieniu, zasięgnieniu zdania mężów kompetentnych co do każdego działu nauki i uporządkowaniu, oddaną zostanie na użytek ogółu. Jako pierwszy owoc prac Komisyi wyszło w r. 1868 nakładem Tow. lek. krak. Uzupełnienie słownika łacińsko-polskiego wyrazów lekarskich Prof. K. S. i A. K. razem z przekładem wyrazów lekarskich, niemieckich, francuskich angielskich i słowniczkiem wyrazów weterynarskich. Kraków, druk. Uniw., w 8ce, str. VI i 70 (s. 140). Towarzystwo lekarskie oceniając liczne zasługi zacnego swego członka, z początkiem roku 1878 wyraziwszy mu na piśmie podziękowanie za gorliwą pracę, na posiedzeniu d. 22 grudnia 1879 r. mianowało go swym członkiem honorowym.

Już od 10 grudnia 1848 będąc członkiem korespondentem Towarzystwa naukowego krakowskiego, po przybyciu do Krakowa przeszedł w poczet członków czynnych i jako taki w r. 1838 przewodniczył czynnościom Komisyi fizyjograficznéj w łonie tegoż Towarzystwa zawiązanéj. Po przeobrażeniu Towarzystwa naukowego w Akademiję Umiejętności pozostał w jéj gronie jako członek nadzwyczajny i sekretarz Komisyi fizyjograficznéj, biorąc czynny udział w wydawnictwie nie tylko sprawozdań téj Komisyi, ale i innych dzieł przez Akademiję wydawanych jako korektor, oraz należąc prócz oddziału nauk przyrodniczych i Komisyi fizyjograficznéj do Komisyj: antropologicznéj, archeologicznéj, biblijograficznéj i językowéj. W ostatnich czasach zajmował się robieniem wyciągów z cennego zabytku piśmiennictwa polskiego z r. 1437 do słownika starożytnego języka polskiego. W r. 1875 gdy nie świetne fundusze Akademii

nabawiały troską z powodu trudności opędzenia nakładu na prace już do druku przygotowane, ofiarował 1000 złr. na popęd wydawnictw w ogóle.

Od 13 marca 1861 r. był członkiem Towarzystwa medyko-chirurgicznego w Wilnie, od 25 października 1864 r. Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, a od 5 stycznia 1869 r. Towarzystwa lekarzy galicyjskich we Lwowie.

Z prac wydanych w Krakowie prócz wyżéj podanych wymienimy:

Przegląd czynności Komisyi fizyjograficznéj c. k. Tow. naukowego krakowskiego w ciągu r. 1868. Kraków, 1869, Dr. U. J., w 8ce, s. 15. (Oddruk z T. III. Sprawozdań Kom. fizyjograficznéj z r. 1868 s. 1—15).

Żywoty przyrodników krajowych. Żywot Antoniego Andrzejewskiego 1869, w 8ce, str. 5. Wspomnienie Ludwika Zeisznera wraz z dokładnym wykazem prac jego, 1871, w 8ce, s. 10. (Oddruk z t. III i V. Sprawozdań Komisyi fizyjogr. z lat 1868 i 1870). Zamordowanie rodziny z 8 osób złożonéj. Przypadek lekarskosądowy podług opisu Dra Goezego. Kraków, 1874, D. U. J., w 8ce, s. 12. (Oddruk z Przeglądu Lek., 1874, Nr. 41, 42).

O znaczeniu drzew pod względem gospodarstwa krajowego i zdrowia publicznego. Kraków, Dr. U. J. (1872), w 8ce, str. 8. (Oddruk z Przegl. Lek. z r. 1872). Z niemieckiego przetłumaczył Kolbenheyera Pomiary barometryczne w Tatrach w r. 1875 dokonane, zamieszczone w t. X. spraw. Kom. fizyjogr. z r. 1875 s. 67—80.

Jako członek Komisyi balneologicznéj Tow. lek. krak. przetłumaczył na język polski dzieło Dietla o Iwoniczu. *Les sources minerales de Ivonitsche apres leur reorganisation et la nouvelle Analyse chimique. Cracovie*, 1875, w 8ce, s. 51.

W Roczniku Towarzystwa Dobroczynności z r. 1871 zamieścił krótki Życiorys ś. p. F. Salezego Gawrońskiego b. pułkownika wojsk polskich, wiceprezesa T. D. (s. 5—7).

W piśmie zbiorowém p. t. Warownia krzyża zamieścił rozprawkę O demokracyi wrzekoméj i prawdziwéj.

Liczne bardzo wyciągi i tłumaczenia z dzieł i czasopism zagranicznych zwłaszcza francuskich, zamieszczał w pismach lekarskich krajowych, jak: w Tygodniku lekarskim z lat 1863—1865. Dwutygodniku medycyny publicznéj z lat 1876—1879, a zwlaszcza w Przeglądzie Lekarskim krakowskim, którego jak już wspomnieliśmy był jednym z najgorliwszych współpracowników począwszy od r. 1866 aż do ostatnich czasów. Do najobszerniejszych prac w tém piśmie ogłoszonych należy Wyciąg z dzieła J. Dropsego Wypadki z dotychczasowych badań nad stósowaniem gromła (elektryczności) do leczenia chorób w Przeglądzie Lek. z r. 1867. Do oryginalnych prac w tém piśmie ogłoszonych należą: Przypadek mimobieżnego uderzenia od pioruna (r. 1868 Nr. 37 s. 310), Wiadomość o nowém stowarzyszeniu naukowém polskiém (w Berlinie) r. 1869, Nr. 12, s. 95. Wspomnienie o ś. p. Wincentym Stadnickim (r. 1869, Nr. 14, s. 112) t. d.

Dotychczas mówiliśmy o zasługach ś. p. Aleksandra na polu lekarskiém i naukowém, teraz wypada wspomnieć o jego zasługach jako człowieka i obywatela. Uczciwą pracą, prawością i zacnością postępowania i otwartością w wyjawianiu swego zdania, zyskał sobie jak w Kamieńcu tak i w Krakowie powszechny szacunek i życzliwość; praktyką lekarską nie wiele się zajmował, lubo zdanie jego bywało cenioném; pełnił też obowiązki lekarza naczelnego Dyrekcyi Ubezpieczeń w Krakowie.

We wszystkich prawie instytucyjach dobroczynnych w mieście naszém istniejących brał czynny udział. W arcybractwie miłosierdzia i banku pobożnego był wizytatorem, a następnie radcą, w Tow. Dobroczynności radcą a następnie wiceprezesem, w Komitecie ochronek opiekunem szczegółowym ochronki na Kleparzu, wreszcie członkiem Stowarzyszenia szpitala dla dzieci.

Jako członek i przewodniczący Komitetu plantacyjnego zajmował się z całą gorliwością temi spacerami niegdyś zaniedbanemi, które obecny stan ulepszony przeważnie jego staraniom zawdzięczają, pomimo licznych przykrości na jakie był z tego powodu narażonym.

Przywiązany do instytucyj, którym swą pracę i staranie poświęcał, pragnął im pozostawić po sobie pamiątkę, zapisując po 500 złr. Arcybractwu miłosierdziu, Towarzystwu Dobroczynności i Ochronkom, oraz 500 złr. na ozdobę plantacyj.

Oto szereg prac i zasług naszego zmarłego kolegi. Złożony ciężką chorobą od dwóch lat przeszło, na łożu boleści pocieszał się pracą, czytaniem, tłumaczeniem wyciągów, robieniem korekty pism lekarskich i przez Akademiję wydawanych; troskliwie pielęgnowany przez zacną małżonkę Modestę z Płońskich, z którą 37 lat przeżywszy, pozostawił dwie córki, Maryję zaślubioną W. Iżyckiemu obywatelowi na Podolu i Antoninę małżonkę naszego Kolegi Prof. Dra Stanisława Domańskiego. — Śmierć w d. 15 lutego r. b. położyła koniec jego cierpieniom. Pogrzeb odbyty d. 17 lutego zgromadził tłumy publiczności, w których stowarzyszenia naukowe i dobroczynne, których był członkiem, licznie były przedstawionemi. Nad grobem Dr. Kazimierz Grabowski wiceprezes Tow. lek. pożegnał zmarłego serdeczną przemową, składając na trumnie wieniec od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Redakcyi Przeglądu Lekarskiego, poczém trumnę złożono w grobie familijnym, obok zwłok brata Józefa przed kilku laty zmarłego. Wspomnienie nasze kończymy kilku słowami. Pokój jego popiołom — a cześć pamięci zacnego człowieka, którego imię pozostanie na zawsze pamiętném, bo prace Jego przypominać go będą.

Dr. Władysław Ściborowski.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Krajowa Rada zdrowia. Na drugiém posiedzeniu krajowéj c. k. Rady zdrowia, odbytém dnia 11 lutego b. r., uchwalono na zapytanie c. k. Namiestnictwa, iż ze względów zdrowotnych należy zakazać panu Franciszkowi O. urządzenia garbarni w Żywcu w realności pod l. 108.— Na zapytanie c. k. Namiestnictwa, czy można uznać zakład żętyczny w Kulaszném za publiczny, uchwalono uczynić wniosek, by jeden z członków Rady zdrowia został wysłany na miejsce, w celu przekonania się o stanie zakładu. — Bióro sanitarne c. k. Namiestnictwa przedkłada wynik obliczenia wykazów statystycznych śmiertelności we Lwowie i Krakowie, daléj w Brodach, Drohobyczu, Kołomyi, Przemyślu, Stanisławowie, Tarnopolu i Tarnowie w ciągu roku 1879, które to wykazy na wniosek Rady zdrowia od początku roku ubiegłego przez lekarzy miejskich bywają sporządzane i w tygodniowych terminach Namiestnictwu przedkładane. Uchwalono zużytkować odpowiednie daty w sprawozdaniu zdrowotném kraj. Rady zdrowia, które zwykle drukiem ogłaszane bywa. — Na trzeciém posiedzeniu dnia 17 lutego b. r. uchwalono w sprawie do-

zwolenia panu Stillerowi na zmianę nazwy zakładu w Morszynie, jako też na pobieranie tamże taksy kąpielowéj, zażądać bliższych szczegółów co do ilości solanki tamże, i co do sposobu przyrządzania borowiny, a po drugie uczyniono wniosek, by na przyszłe posiedzenie Rady zdrowia, na którém ponownie sprawa Morszyna traktowaną będzie, zaproszeni zostali prof. wszechnicy Radziszewski i prof. Bogdan Hoff, z których pierwszy dokonał rozbioru chemicznego solanki morszyńskiéj, drugi zaś tutejszéj borowiny. — Daléj uchwalono jak w latach poprzednich przedstawić świetn. Wydziałowi krajowemu czterech lekarzów do wynagrodzenia za odszczególnienie się przy zeszłoroczném ochronném szczepieniu od ospy. — Prośby p. Józefa Kamińskiego, właściciela stawku kąpielowego we Lwowie, aby kraj. Rada zdrowia wpłynęła na radę miejską o odsprzedanie zu niską cenę proszącemu gruntu, będącego własnością gminy, z powodu, iż tenże zamierza na tym gruncie wykopać stawek kąpielowy, nie uwzględniono, gdyż petitum nie wchodzi w zakres czynności c. k. krajowéj Rady zdrowia. *(Gazeta Lwowska)*.

* Prezydyjum Namiestnictwa wydało następujący okólnik do c. k. starostów w d. 19 lutego rb. do L. 7586:

„Ponieważ sprawozdania o podróżach peryjodycznych przedsiębranych przez c. k. urzędników sanitarnych w myśl tutejszego rozporządzenia z dnia 26 czerwca 1879 L. 32000 po większéj części nie odpowiadają celowi, ponieważ dla zużytkowania tych sprawozdań okazuje się potrzeba, by one w jednolitéj formie przedkładane były, przeto poleca się panu c. k. Staroście wstrzymać obecnie wszelkie podróże peryjodyczne aż do czasu, gdy zostanie wydaną instrukcyja co do sposobu przedkładania tych sprawozdań."

(Miasto objaśnienia tego okólnika odsyłamy czytelnika do Nru 46 Przegl. Lek. z r. 1878 i Nru 28 z r. 1879, w których geneza owych podróży peryjodycznych jest skreśloną. W miejsce dotychczasowego prowizoryjum nastaje nowe, trwać mające aż do wydania instrukcyi; w interesie służby zdrowia życzyćby wypadało, aby instrukcyja ta jak najrychléj ujrzała światło dzienne i aby już raz i stanowczo stało się zadosyć wymogom ustawy z r. 1870.)

+ Pruskie ministerstwo rolnictwa wraz z ministerstwem spraw duchownych, oświaty i spraw lekarskich oraz robót publicznych i ministerstwem spraw wewnętrznych uznały niedawno kanalizacyję miasta Poznania z odprowadzaniem cieczy kanałowych do Warty za nieodpowiednią ze względów lekarsko-policyjnych i ze względu na rybołostwo. Postanowienie to rzeczonych ministerstw opiera się na zdaniu król. deputacyi dla spraw lekarskich, iż Warta posiada wodę odpowiednią dla ryb a zawdzięcza to téj okoliczności, że wodą jéj jest mało zanieczyszczoną. Dalszym powodem tego postanowienia ministeryjalnego był wzgląd na potrzebę czystéj wody w celach rolnictwa, zwłaszcza do pojenia bydła. *K. Gr.*

+ Niemieckie stowarzyszenie opieki zdrowia publicznego odbędzie w roku bieżącym VIII Zjazd doroczny w Hamburgu w dniach od 14 do 16 września.

Statystyka epidemij. W tygodniu 7 ospa w Londynie na nowo się szerzyła. Leczyło się w szpitalach 126, świeżo zapadło 57, umarło 12. W Wiedniu umarło 7, w Budapeszcie 5, w Tryjeście 6, w Pradze 9, w Paryżu 70. W Barcelonie umarło tylko 3. Krztusiec zdaje się łagodnieć w Londynie, chociaż umarło 197. Z duru umarło w Paryżu 102. W tygodniu 8 umarło w Krakowie: 3 z ospy, 1 z dławca, 1 z krztuśca i 1 z zimnicy, a doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach ospy (Górne Młyny 111 i 3 w wojsku); 2 płonicy (Blich i Zamek); 1 dławca (szpital św. Ludwika); 1 duru brzusznego (Kanonna); 1 róży(?); 12 zimnicy (w wojsku).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 7 umarło na 1000 i rok w Krakowie 39,2; we Lwowie 36,7; w Warszawie 21,1; w Poznaniu 27,1; w Wiedniu 28,8; w Budapeszcie 33,8; w Pradze 35,4; w Tryjeście 40,6; w Berlinie 28,5; w Dreźnie 22,2; w Mnichowie 38,7; w Wrocławiu 29,7; w Lipsku 27,6; w Bazylei 36,7; w Brukseli 29,8; w Paryżu 37,8; w Londynie 35,5; w Kopenhadze 23,3; Stokholmie 26,5; w Chrystyjanii 16,5; w Rzymie 51,8; w Barcelonie 41,3; w Nowym Yorku 21,7; w Bombayu 35,0; w Madrasie 34,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków.** d. 3 marca. W dniu 27 lutego rb. w biórze dziekana Wydziału lek. spisany został akt fundacyi imienia prof. Gilewskiego, powstałéj skutkiem ofiarowania przez Dra J. Buszka kwoty 200 zła., któréj odsetki służyć mają wyłącznie do wspierania ubogich chorych opuszczających klinikę lek. krakowską. Historyja téj fundacyi jest następująca: Dr. Jan Buszek będąc rygorozantem w r. 1870/71 pożyczył od śp prof. Gilewskiego kwotę 80 zła.; kwota ta z doliczeniem 6 % do dziś dnia uczyniłaby około 140 zła. Poczuwając się do moralnego obowiązku zwrócenia téj pożyczki lub obrócenia jéj na jaki cel publiczny, powziął Dr. B. zamiar użycia takowéj na założenie funduszu do wspierania chorych opuszczających klinikę lekarską, któryby nosił nazwę funduszu śp. prof. Gilewskiego i przyczynił się do uwiecznienia pamięci wcześnie zgasłego profesora. Otrzymawszy zezwolenie od pani Emilii z Schuhów Gilewskiéj, wdowy po prof. Gilewskim, a nawet obietnicę zwiększenia funduszu założyć się mającego kwotą 50 zła., Dr. B. do powyższéj kwoty 140 zła. dołożył od siebie 60 zła. i wręczył tym sposobem 200 zła. dziekanowi wydziału lek. oraz listowne zezwolenie p. Gilewskiéj. Tym sposobem fundacyja z pożytkiem dla biednych chorych przyjdzie do skutku.

* Otrzymaliśmy od Wydziału związku stowarzyszeń lek. austr. zawiadomienie, że w obec wystąpienia kolegijum doktorów i dwóch stowarzyszeń wiedeńskich przeciw petycyi o Izby lekarskie dotychczas wystósowały petycyje do Rady państwa w poparciu Wydziału: kolegijum doktorów w Pradze, centralne tow. lekarzy niemieckich, towarzystwo lekarzy czeskich w Pradze, stowarzyszenia dolno-austryjackie (a w niém 200 lekarzy wiedeńskich), stowarzyszenie w Styryi, Krainie, stowarzyszenia lek. w Klattowie i Pisku, Reichenbergu, Lutomerzycach, Znaimie, Datschitz, Cilli, Marburgu, Stowarzyszenie lek. Karyntyi, tow. lekarskie krakowskie, bukowińskie, stow. lek. południowych okręgów m. Wiednia itd.

* Dr. Stanisław Smoleński, gorliwy współpracownik nasz, potwierdzony został przez Ministerstwo jako asystent przy katedrze fizyjologii w Uniw. Jagiell.

* **Warszawa.** Posadę lekarza ordynującego w szpitalu Dzieciątka Jezus otrzymał na mocy konkursu Dr. Dunin.

Ogłoszenie konkursów: 1) Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego ogłasza niniejszém konkurs na 3 stypendyja po 80 zlr. z fundacyi ś. p Józefa Dąbkowskiego.

O dwa z tych stypendyjów ubiegać się mogą uczniowie ubodzy Uniwersytetu Jagiellońskiego kończący w tym Uniwersytecie studyja farmaceutyczne i przystępujący do egzaminów, katolicy, Polacy urodzeni w Krakowie.

O trzecie stypendyjum ubiegać się mogą uczniowie ubodzy, kończący w Uniwersytecie Jagiellońskim studyja lekarskie i przystępujący do egzaminów, katolicy, Polacy urodzeni w Krakowie.

Podania zaopatrzone w dowody wnieść należy na ręce Dziekana Wydz. lekarskiego najpóźniéj do dnia 10 Kwietnia 1880 r.

2) W celu nadania stypendyjum w rocznéj kwocie 90 zlr. w. a. z fundacyi ś. p. Maryi Rohmeder rozpisuje niniejszém konkurs.

O stypendyjum to ubiegać się mogą uczniowie niezamożni w Galicyi urodzeni, religii katolickiéj, poświęcający się naukom lekarskim na jednym z Uniwersytetów austryjackich. Stypendyjum to nadaje c. k. Namiestnictwo na przedstawienie rzeczywistych profesorów Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiell.

Otrzymujący to stypendyjum, pobiera takowe w półrocznych ratach z dołu aż do ukończenia studyjów lekarskich, a zatrzymuje takowe jeszcze przez jeden rok po ukończeniu studyjów pod warunkiem wykazania się, iż poddał się z wynikiem dobrym dwom egzaminom ścisłym.

Podania wnieść należy najpóźniéj do dnia 8 Kwietnia b. r. na ręce podpisanego Dziekana Wydziału lekarskiego.

Kraków dnia 24 Lutego 1880 r. *Korczyński.*
Dziekan Wydz lek.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 8: Nawroczyńskiego: Wrzodziejące zapalenie wsierdzia; hr. Krasińskiego: Kwestyja sanitarna m. Warszawy (c. d.) — W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 4: Buszka: Przyczynek do statystyki śmiertelności w m.

Krakowie (c. d.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 9: Wisłockiego: Leczenie sztuczném powietrzem (dok.) — W *Medycynie* Nr. 9: Heringa: O nowszych sposobach badania i leczenia jam nosowych (dok.); Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorób piersiowych w Mieni (c. d.) — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 5: Widmanna: O t. zw. nierównoczesnym skurczu komór sercowych Leydena. (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dra Emila CZYRNIAŃSKIEGO: O ruchu chemicznym, wyprowadzonym bezpośrednio z faktów dokładnie znanych. Kraków 1880. (Osobne odbicie z Rozpraw Akad. Umiejętn.) in 8vo str. 22.

Piśmiennictwo lekarskie. BROUARDEL P. Organisation du service d. autopsies à la Morgue. 8. Paris. J. B. Baillière. Fr. 1.

BUDIN. Recherches s. l'hymen et l'orifice vaginal. Av. 22 fig. 8. Paris, Delahaye. Fr. 1½.

CHASSAING H. Étude médico-légale sur les ecchymoses sous-pleurales. gr. 8. Paris, J. B. Baillière. Fr. 2½.

COHNHEIM J. Die Tuberkulose v. Standpunkte der Infektionslehre. gr. 8. Leipzig, Edelmann. M. 1·20.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 13 marca 1880. № 11. Rok XIX.

TREŚĆ: I. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r. WEHR. Zmiażdżenie łokcia i ramienia. Wyłuszczenie pierwotne w stawie barkowym. Wyzdrowienie. — II. DOBIŃSKI. Zapiski psychijatryczne. (Dok.) — III. *Oceny i sprawozdania*: HAYEM. Uwagi o odradzaniu się krwi po ostrych chorobach. BUSCH. O regeneracyi i nowotworzeniu zapaleném SCHULTZE. Przyczynek do wyjaśnienia wskazań do leczenia przodo- i tyłopochyleń oraz zgięć macicy. PASTEUR. BECK. NEUBER. — *Wiadomości pomniejsze*. — IV. *Posiedzenia towarzystw*: Towarzystwo lekarskie krakowskie. — Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. — V. *Odcinek*: SAKOWICZ. Wiadomość o limanach odeskich. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. VII. *Wiadomości bieżące*.

I. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do I stycznia 1880 r.

I.

Zmiażdżenie łokcia i ramienia. Wyłuszczenie pierwotne w stawie barkowym. Wyzdrowienie.

podał Dr. W. Wehr.

Ażeby nieraz uratować życie choremu, potrzeba w każdym ciężkim i nagłym przypadku decydować się szybko i stanowczo. Wahanie się, obawa wzięcia na siebie odpowiedzialności i liczne uboczne względy konwencyjonalne muszą ustąpić i nie istnieć, gdy chodzi o spełnienie naszego obowiązku w obec grożącéj choremu śmierci. Przypadek następujący, jak mi się zdaje, jest dość pouczający w tym względzie:

W dniu 3/11 1879 r. podczas nieobecności Dra Rydygiera przywieziono do kliniki tutejszéj chorego z nadwerężeniem odnogi górnéj lewéj, którego historyja jest następująca:

Kall Fryderyk, lat 17 liczący, czeladnik młynarski z Abbau Nieder-Ausmahss, ciężko nie chorował nigdy; jedynak, rodzice żyją, ojciec zdrów, matka słabowita, chorób dziedzicznych w rodzinie nie ma. W dniu wspomnionym około godziny 10 rano schwyciły go koła zębate we wiatraku za łokieć lewy, wciągły, zmiażdżyły i zdruzgotały większą połowę ramienia wraz z łokciem. Po cofnięciu kół, które powtórnie przeszły przez odnogę, można było dopiero uwolnić z pomiędzy nich chorego. Zdruzgotane miejsca owinięto bezzwłocznie mokremi chustkami, a około południa przywieziono go do kliniki tutejszéj. Chory po obrażeniu nie utracił na chwilę przytomności, krwotoku znaczniejszego podobno nie było, podczas transportu jednak na wozie godzinę trwającego, sączyła się krew z ran ciągle kroplami.

W chwili przyjęcia chory był miernie osłabiony, blady, jednak zupełnie przytomny, oddychanie i tony serca prawidłowe, cp. 37,2, tętno 80, sprychowe prawe pełne, lewe nikłe, chwilami zaledwie wyczuwalne. Zresztą na swój wiek dobrze zbudowany, odżywiony i rozwinięty, przy braku jakichkolwiek objawów, któreby świadczyły o nadwerężeniu narządów wewnętrznych. Badanie miejscowe wykazało: Zmiażdzenie ze zwichnieniem i otwarciem stawu łokciowego lewego, kilkakrotne złamanie skomplikowane kości ramieniowéj, stłuczenie barku z przebiciem skóry w połowie przedniego brzegu pachy, złamanie podskórne grzebienia łopatki.

Cała odnoga sina, miernie obrzmiała, stężała, temperatura jéj obniżona, liczne podbiegnięcia krwią w okolicy przedniéj i tylnéj barku, nadto podminowanie skóry, sięgające od otworu na brzegu przednim pachy do obojczyka. Zresztą, prócz zdarć przyskórka na grzbiecie palców ręki prawéj, innych obrażeń wyśledzić nie można.

Kilkakrotne przemycie ran kwasem karbolowym 3%; brak strzykania; z tego powodu żadnéj ligatury nie założono. Opatrunek uciskowy z gazy pomiętéj Listera (*Krüllgaze*) juty i opasek gazowych; ułożenie odnogi poziome. Po kwandransie poczyna opatrunek krwią przesiąkać; po założeniu węża gumowego Esmarcha tuż przy pasze krwotok ustał.

Przez badanie więc miejscowe dało się stwierdzić największe obrażenie w łokciu, które z powodu równoczesnego zniszczenia skóry, mięśni i kości wskazywało amputacyję, przy istniejącém zaś zarazem złamaniu skomplikowaném kości ramieniowéj, powyżéj tegoż złamania.

Pytanie jednak zachodziło, czy nie dałoby się zachować części odnogi, tém bardziéj, że po założeniu węża elastycznego przez badanie bliższe wyśledziliśmy ciągłość górnéj ⅓ części kości ramieniowéj. Kolega M. obecny na klinice przy konsultacyi był z początku również jak i sam chory za zaniechaniem wszelkiego zabiegu operacyjnego, a ułożeniem tylko odnogi w odpowiedniéj szynie i traktowaniem wyczekującém. Myśli téj stanowczo byłem przeciwny z dwóch powodów: 1) że zgorzelina przedramienia i większej części ramienia musiała być niechybną, a w takim razie widoki co do życia chorego na pewno gorsze i to o tyle, o ile amputacyja a najprawdopodobniéj wyłuszczenie w stawie barkowym następowe rokować każe po obrażeniach gorzéj od pierwotnego; 2) z powodu niewielkiego wprawdzie, jednak długo trwałego krwotoku. Zgodziliśmy się więc na odjęcie odnogi, lecz podczas gdy kolega M. uważał amputacyję kolistą ramienia w gór-

néj trzeciéj części za właściwą i dostateczną, ja od samego początku byłem za najszybszém wyłuszczeniem całéj odnogi w stawie barkowym. Przyznając bowiem najzupełniejszą słuszność Koledze, że przy odejmowaniu członków z każdym calem zbliżania się do kadłuba niebezpieczeństwo wzrasta, a rokowanie się pogorsza, jednak, gdy nam chodzi o pewność odjęcia wszystkich części nadweręż onych, krępowanie się tą zasadą byłoby błędném i niewłaściwém. A choć w tym przypadku rzeczywiście możliwą była według zasad sztuki amputacyja w okolicy szyjki chir. ramienia, gdyż płat z mięśni lub ze skóry dałby się był jeszcze utworzyć a sam zabieg operacyjny przy silnéj ostréj niedokrewności chorego przedstawiał więcéj szans przetrzymania amputacyi niż wyłuszczenie ze stawu, to jednak nie mając wtedy pewności, czy przez amputacyję wszystkie części nadwerężone usuniemy, uznałem wyłuszczenie jako jedyny zabieg operacyjny, pewnie do celu prowadzący. W ocenieniu zaś tego ciężkiego obrażenia opierałem się głównie na zdaniu Larreya, który w podobnych przypadkach zawsze dawał pierwszeństwo wyłuszczeniu w stawie barkowym przed wysoką amputacyją, a to z powodu, ażeby nic z nadwerężonéj często rozszczepanéj aż do stawu kości nie pozostawić, coby cały zabieg operacyjny, już i sam przez się do pewnego stopnia życiu zagrażający, udaremnić mogło. W przypadku zaś niniejszym można było z tém większém prawdopodobieństwem przypuścić prócz miejscowéj zgorzeliny części miękkich aż do barku i następowe ropiaste oddziałanie samego stawu, gdyż uraz silny działał także bezpośrednio na okolicę stawową, o czém świadczyły rozlane podbiegnięcia krwią w téj okolicy, przebicie skóry na przednim brzegu pachy i złamanie grzebienia łopatki.

Jedyne więc rzeczywiste niebezpieczeństwo groziło choremu podczas operacyi z możliwości skrwawienia się na stole operacyjnym, co przy widocznéj niedokrewności mogło mieć miejsce i przy tętnicy nienaruszonéj, a tém więcéj naderwanéj. Rozważywszy te wszystkie względy, gdy i zaproszony do konsultacyi radca sanitarny Dr. Wiener był za wyłuszczeniem, wykonałem takowe o godzinie 3éj po południu, w 5 do 6ciu godzin po nadwerężeniu.

Przebieg operacyi był pomyślny i bez żadnych komplikacyj. Zachloroformowanie nastąpiło szybko (w 7 minut rozczynem Billrotha), narkoza była dobra, zupełna. Po odjęciu węża Esmarcha cięciem podłużném z góry na dół, od środka trójkąta pomiędzy *proc. coracoideus, acromion* i główką, przeciąłem wszystkie części miękkie aż do kości (jak przy wypiłowaniu metodą Langenbecka), po rozwarciu hakami tępemi rany otworzyłem drugiém cięciem torebkę stawową, następnie po okrojeniu kości na 5 cali w dół i uciśnięciu tętnicy w płacie silnie przez kol. M. przeciąłem wszystkie części miękkie poprzecznie wraz ze skórą. Podwiązanie nie przedstawiało trudności, przygotowanych 8 pincet Langenbecka oddało nieocenione usługi, aby natychmiast tętnicę ramieniową i wszystkie gałęzie strzykające uchwycić. Płat okazał się dobrym, mięśnie nie przedstawiały widocznych śladów zgniecenia. Podwiązanie katgutem, *drainage,* wymycie kilkakrotne kw. karbolowym 3%, zeszycie również katgutem, opatrunek gazą pomiętą Listera i jutą salicylową. Operacyja trwała ¾ godziny, opatrunek ¼, krwi podczas operacyi stracił chory 2 do 3 łyżek.

Przebieg pooperacyjny był zawikłany: W pierwszych 24 godzinach pomimo podawania wina, kawy, rosołu, wystąpiły silne przypady niedokrewności cechujące się bladością, pragnieniem, niespokojem, naprzemian ze śpiączką i wymiotami *(chloroform?).* Zalecono za napój wodę z czerwoném winem, lód kawałkami, na noc podskórnie morfin 0,02 c. ac. carb., sen kilkogodzinny pokrzepiający. Wieczorem w dniu operacyi temp. 37,2, t. 92.

Dnia 4/11 rano t. 38,0, t. 140. Niedokrewność utrzymuje się (mleko jaja, rosół, wino). Opatrunek przesiąkły krwawą surowicą. O godz. 12 zmiana I opatrunku. Rana bardzo dobrze wygląda, obrzmienia niema żadnego, nie krwawi, szwy dobrze trzymają, dreny funkcyjonują prawidłowo, wydzielina surowiczo-krwawa, skąpa. Przepłukanie letnim 2% rozczynem kwasu karbolowego. Po opatrunku *collapsus* i omdlenie, tętno nikłe, bardzo szybkie trudno policzyć się dające, środki trzeźwiące. W ½ godziny przychodzi do siebie, poczyna być niespokojnym, chce siadać, wstawać, skarży się na bóle w ranie, kilka łyżek wina czerwonego, podskórnie morfinu 0,005; poczém uspokoił się i zasnął. O godz. 4éj filiżanka rosołu, wino. O godz. 6éj *collapsus* 36,0 – 152, 1 strzykawka kamfory c. spir. vini 1,0 na 10,0, wino węgierskie. Godz. 8. zapad ustąpił, godz. 9 niespokój bardzo silny, spać nie może, poczyna znów majaczyć. Podskórnie morfin 0,01, uspokoił się i zasnął.

D. 5/11 rano 38,6 – 136, cera twarzy z woskowo-białéj poczyna być żółtawo-różową, przypady niedokrewności widocznie ustępują. Opatrunek mocno przesiąkły. Zmiana opatr. 2ga. Z drenów wypływa ciecz ropiasto-krwawa-posokowata, cuchnąca. Obrzmienie mierne kikuta, odma skórna w okolicy podobojczykowéj; chrupotanie grzebienia łopatki czuć wyraźnie. Wypłukanie drenów 3% i 5% kw. karbolowym (3 irrygatory) 2 szwy wyjęto, od przodu na okolicę podobojczykową longeta z gazy Listera, aby ropa nie zapuszczała się w dół podobojczykowy, podobnież z tyłu i pod pachą, wewnętrznie chinin.

(Dokończenie nastąpi).

II. Zapiski psychijatryczne.

Dra **Włodzimierza Dobińskiego,**

Prymaryjusza Oddziału mężczyzn w zakładzie psychijatrycznym na Kulparkowie.

I. Znaczenie i kazuistyka pytaczki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Że to ostatnie jest prawdziwém, to jest, że i wyobrażenia odtworzone pamięcią napływają w tok narzuconéj formy pytaczéj, o tem zaraz przekona nas doświadczenie następne. Chory Henryk B. po skończonym przebiegu szału powrócił do poziomu i granic swego zdrowia umysłowego, zachowując jak zwykle świadomość przebytéj choroby i możliwą pamięć doznanych w niéj wrażeń i wyobrażeń. Wtenczas naprowadziłem go w rozmowie na treść rzucanych przezeń pytań i z tych każde potrafił mi wyjaśnić. I tak np. pytanie: „czy Minerwa może się przemienić w Minerwego?“ chory objaśnia, że przemknęła mu przez głowę myśl, czyby nie powinna być raczéj mężczyzna a nie kobieta wyrazem mitologicznym mądrości. Pytanie: „czy dla mnie sito?“ oznaczało, że choremu przyszło na myśl, czy nie ma choroby Brighta, przy któréj, jak słyszał, mocz cedzi się przez sito, więc czy i jego mocz będzie filtrowany? „Gdzie moje jabłko pierworodne?“ tj. jeżeli w biblii powiedziano że musimy pokutować za dziesięć pokoleń, więc poczuł chęć dowiedzenia się, w czém leży jego grzech pierworodny, ażeby mógł sam zań odpokutować, a uwolnić od tego obecne pokolenie. „Co to jest Seelenfänger?“ Chory powiada, że we wszystkich okresach téj choroby, zawsze zjawia się myśl o duszy, przedstawia chory sobie jakieś dusze jakby w letargu będące, a siebie ma za ich „łapiduszę“. „Co

to jest Druck von Atmosphären?" Chory czytał raz broszurkę Henryka Nestlego, który wytwarzał mączkę ryżową do karmienia dzieci pod ciśnieniem tylu a tylu atmosfer, które to ostatnie wyrażenie utkwiło w pamięci, a dotąd nikt mu go nie objaśnił. „Co to jest chef de contencieux belgique?" Chory czytał niegdyś w Journal telegraphique wychodzącym w Bernie, artykuł naukowy, którego autor w ten sposób się podpisał, a znaczenia tego podpisu chory nie może zrozumieć. Nie wyliczam rozbioru dalszych pytań, lubo w szczegółach swych pouczający, przytoczę tylko jeszcze objaśnienie jednego mianowicie pytania: „czyś ty dwudziesty piąty?" Chory objaśnia, że prześladowała go myśl, iż wkrótce ma umrzeć, więc w téj obawie udał się z prośbą do jakiéjś „obcéj myśli", a ta na pociechę odrzekła mu: „Czyś ty dwudziesty piąty, żebyś miał umierać?", a chory powtórzył tylko głośno, co usłyszał. To ostatnie objaśnienie chorego już na tem miejscu nasuwa nam uwagę, że zdarzać się może i zdarza w pomięszaniu umysłu omamowém, iż słyszymy nieraz podane przez chorych zdania w postaci pytań, które wszelako w tym razie są tylko gramatyczném dopełnieniem rozmowy chorego z urojoną postacią; należy więc te przypadki ściśle odróżnić od popędu rozpytliwego, co têm łacniéj przychodzi, że w takich przypadkach ruch pytań będzie więcéj umiarowy, połączony z nadsłuchiwaniem chorego i wyczekiwaniem odpowiedzi.

Zużytkujemy jedno jeszcze wyrażenie ostatniego naszego chorego; twierdzi on wyraźnie i stanowczo, że w umyśle swym miał już poprzednio owe „myśli gotowe", zanim je wypowiedział w pytaniach. To wyrażenie dosadnie okazuje, że jakakolwiekbądź treść wpadała w ów lotny bieg myśli w zadrażnieniu szału, owe „gotowe myśli" musiały z całą koniecznością przybierać postać pytań,— powtóre że treść tych pytań była potrąconą różnemi w zasobach pamięci przechowanemi wyobrażeniami, które tutaj ani nie należą do jakiegoś zakreślonego pola wyobrażeń, ani więc też nie mają znaczenia wyobrażeń poniewolnych. Powstają one tutaj tylko skutkiem ułatwionego w szale odtwarzania i rozpromieniania wyobrażeń, dochodzącego nieraz aż do zamięszania w treści i do przybierania cech zboczenia gramatycznego w formie.

Że w ostatnich dwóch przypadkach chorobowych w odniesieniu do pierwéj wymienionych okazywał się objaw pytaczki w krótszych okresach czasu, to dla tego właśnie, iż jak przy porażeniu postępowém był tylko współobjawem okresu zadrażnienia, a ginął zupełnie w okresie porażennym tak równie w szale nie inne miał znaczenie, têm bardziéj tutaj, gdzie w umyśle objętym ruchem szału nie ma czasu na ustalenie się dłuższe pewnego kierunku wyobrażeń ak ich upostaciowania.

W ostatnim przypadku chorobowym, tj. w szale widzieliśmy niewątpliwy objaw pytaczki, — a jednakże Meschede twierdzi, że ta ostatnia nie może łączyć się z szałem, gdyż w nim góruje afekt dodatni i nie ma w nim miejsca na rozpytliwe dociekania i powątpiewania, chory szalejący zanadto sam sobą zajęty, ażeby się miał o coś jeszcze dopytywać. Tymczasem pojęliśmy już, że pytaczka nie wypływa z żadnego afektu, a tylko przedstawia nieprawidłową pobudliwość umysłowo-ruchową, a takie spotęgowanie ruchowe wyobrażeń ich toku lub rodzaju upostaciowania dochodzi właśnie w szale do najwyższego wyrazu, tak dalece, że na szczycie szałowego napływu wyobrażeń ustaje percepcyja, może zatracić się nawet, jak się wyraża Schüle, idealny rdzeń wyrazu, jako symbolu, a brzmieć tylko sam dźwięk głosu.

A jeżeli większą zwrócić chcielibyśmy uwagę na treść a nie ruch owych pytań, na owe kazuistyczne wątpliwości i dociekania, to takowe w pomięszaniu umysłu, do którego Meschede zalicza pytaczkę, têm rzadziéj zapewne napotkamy, tu bowiem chory, przejęty najczęściéj obłędem wielkości, wcale nie zapytuje się i nie wątpi o istnieniu gwiazd, słońca, stworzenia, gdyż zwykle on sam jest stwórcą tego wszystkiego, on sam przenika wszystkie tajemnice przyrody.

Ukazanie się pytaczki na wysokości szału równocześnie że skandowaniem i rymowaniem, może mieć nadto równorzędne tym ostatnim objawom znaczenie; mianowicie bieg wyobrażeń potrącony przypadkiem przez zewnętrzny dla ucha chorego dźwięk pierwszego pytania, szereguje dalszy tok myśli w tym jednotonnym dźwięku.

Z powyższego opisu wynika nareszcie w streszczeniu, że:

A) Pytaczka pod względem klinicznym:

1) Nie jest zboczeniem samoistném, lecz tylko jednym ze symptomów chorobowych, które okazać się mogą na tle różnych postaci chorobowych klinicznych, najczęściéj przy ograniczeniu umysłu (*Imbecillitas).*

2) Nie przedstawia, ściśle rzecz uważając, zboczenia w zakresie wyobrażeń, lecz przeważnie jest zboczeniem w formie, w osłonie wyobrażeń, jest zboczeniem gramatyczném.

3) Co do treści swéj, ma obojętne, najwięcéj drugorzędne znaczenie.

B) Treść pytaczki:

1) Nie ma znaczenia wyobrażeń poniewolnych;

2) Może pochodzić z odtwarzania wyobrażeń pamięciowych;

3) Może w niektórych umyslach odnosić się do pewnego cyklu wyobrażeń odległych, oderwanych;

4) Stanowią najczęściéj i zwykle wyobrażenia przypadkowe, bez żadnego wartościowego lub logicznego znaczenia.

C) Zboczenie to ukazuje się prawie wyłącznie u osób dotkniętych skazą chorobowo-dziedziczną obok nadużyć w sferze płciowéj lub w pracy umysłowéj. — Ostatecznie przyjąć więc możemy, iż pytaczka jest pewną odmianą afazyi, lub akatafazyi (*Steinthal*), tj. zboczeniem w logicznéj budowie mowy.

Teraz pozostaje nam tylko jeszcze zastanowić się nad mechanizmem psychicznym pytaczki.

Nie wdając się w ściślejsze wywody o znaczeniu mowy i gramatyczném ułożeniu, tyle mamy na têm miejscu do powiedzenia, iż taka luźność i pośpiech w rzucaniu pytań obojętnych, nie kojarzących się i nie dopełniających z następnemi, już sama przez się objaśnia, iż odpowiednio właśnie przypadkowości wyobrażeń napływowych, odległemu rozpromienianiu na przedmioty oderwane, obojętne, lub niezrozumiałe, — nie przychodzi do wykończenia zdania według prawideł gramatycznych, lecz całą sprawę toku mowy obejmuje przypadkowo potrącone zdanie w formie pytań.

Każdy wyraz naszéj mowy jest tylko streszczeniem, symbolem wyobrażenia, do jakiego tylko po dłuższéj wewnętrznéj pracy naszego myślenia dojść mogliśmy, nie przedstawia zatém jeszcze całego odbytego wewnętrznego procesu, jaki łączy się z nabyciem tego wyobrażenia i przeobrażeniem go w świadome pojęcie; — właściwe znaczenie mowy

rozpoczyna się dopiero z utworzeniem całego gramatycznego zdania. Zdanie gramatyczne ułożone w pytania wynika znowu w prawidłowéj mechanice naszego myślenia z kategoryi przyczynowości, téj *qualitas occulta*, za którą idzie dociekanie i oczekiwanie skutku. W pytaczce jako takiéj ani o poszukiwanie, ani o wyczekiwanie takie niechodzi; co więcéj, do wyczekiwania skutku, do zadowolenia się odpowiedzią i objaśnieniem nie ma nawet czasu w skutek ciągłéj jednorodnéj oscylacyi ruchu rozpytliwego. Zadowolenie czyli odnalezienie skutku, dopięcie celu tj. wyjaśnienia pytań wymaga pewnéj pobudki wewnętrznéj, afektu, interesu, ciekawości zresztą, czego wszystkiego nie dostrzegamy w pytaczce.

Takie przeskakujące przerwy w licznych oderwanych wyobrażeniach, bez ich ciągłości psychiczno-anatomicznéj, — z równoczesną i równoznaczną utratą prawidlowego podścieliska gramatycznego, tego „psychicznego równoważnika", — wszystko to zamąca ową, według wyrażenia Maudsleya, „regularną spokojną czynność mózgu", napełnia obawą osoby dotknięte tém zboczeniem, wprawia je w wielki niepokój, a wreszcie zwątpienie o wszystkiém, w ową chorobową precyzyję, która w ten sposób nabiera drugorzędnego znaczenia.

Umysły wyposażone z natury ograniczoną tęgością czynników umysłowych, a osłabione nadto wpływami uderzającemi w odżywienie komórek korowych, — zaatakowane nagłém, przypadkowém, oderwaném lub niemogącém dojść do percepcyi wyobrażeniem, — popadają w poczucie bezsilności, niemocy, próżni w umyśle; — z czego starają się wyzwolić odruchem przez rzucanie pustobrzmiących, bezcelowych pytań.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. G. Hayem: **Uwagi o odradzaniu się krwi po ostrych chorobach.**

(Rzecz czytana na posiedzeniu Akademii lekarskiéj w Paryżu d. 2 grudnia 1879 r.)

Śledząc rozwój ciałek krwi czerwonych wykrył Hayem we krwi odrębne ciałka, służące do wytwarzania ciałek krwi czerwonych dojrzałych (*hématie)*, a podejrzywając w nich źródło przeobrażenia się ciałek czerwonych badał zmiany, jakim te ciałka mogą ulegać i nazwał je *(hématoblastes)*, ciałkami przejściowemi.

Ilość tych ciałek wynosi dwudziestą część pierwocin krwi, jest więc względnie znaczną. Ich stała obecność w tak wielkiéj ilości w prawidłowéj krwi, ich nieustanne przybywanie okazują jasno, że ciałka krwi czerwone (*hématies)* są na drodze ciągłego odradzania się.

Podczas choroby, pierwociny krwi a przeważnie ciałka przejściowe (*hématoblastes)* ulegają rozmaitym zmianom tak co do ilości jak i jakości, odpowiednio do rodzaju choroby. Pod tym względem hematoblasty można uważać jako część krwi najżywotniejszą i najsłabszą *(vulnérable)*. Są to pierwociny przyszłości ulegające pod wpływem chorób najwybitniejszym zmianom.

W rozprawie téj prof. Hayem uwzględnia tylko zmiany ich co do liczby w ostrych chorobach. Wnioski następujące opierają się na dwudziestu pięciu spostrzeżeniach, obejmujących krwotoki, zapalenie płuc, gościec stawowy ostry, różę twarzy, kur (*rougeole)* i durzycę, podczas których wykonano więcéj niż trzysta badań krwi.

1. Ciałka białe krwi. We wszystkich chorobach ostrych ilość ciałek białych podlega zmianom, najbardziéj wybitnym w naciekach zapalnych ze skłonnością do ropienia. To wahanie ilości jest zupełnie niezależném od zmian równoczesnych w ciałkach czerwonych jak i w hematoblastach.

2. Ciałka krwi czerwone. Podczas okresu gorączkowego choroby ostréj, ilość ciałek krwi odbywa wahania, lecz te liczebne zmiany są względnie nieznaczne, chyba może podczas pierwszych dni, które prawie zawsze są niedostępne dla badania, albowiem chorzy przychodzą do szpitala dopiéro w jakiś czas po rozpoczęciu się choroby.

Ilość ciałek krwi czerwonych w ogóle dochodzi do minimum w chwili ustawania gorączki, a odtąd odbywa wahania wyraźniejsze, lecz bardzo odmienne. w miarę różnych warunków, w jakich się chory znajduje. Chcąc nabrać dokładnego wyobrażenia o tych zjawiskach, należałoby każdą z chorób badać z osobna, uwzględnić stan dawniejszy krwi, trwanie gorączki, sposób leczenia itd.

3. Ciałka krwi przejściowe *(Hématoblastes)*. We krwi ludzkiéj prawidłowéj ilość tych ciałek w przeciągu dochodzi do 255·000. Liczba ta zmienia się zawsze mniéj lub więcéj w chorobach ostrych, lecz tu należy rozróżnić choroby szybko przebiegające od chorób długo trwających.

W pierwszych, a nadewszystko w naciekach zapalnych (zapalenie płuc zrazowe u dorosłych), liczba tych ciałek zwiększa się czasem znacznie, lecz często także, osobliwie jeżeli stan gorączkowy trwa od kilku dni (róża, kur, gościec stawowy ostry), ciałek tych coraz więcéj ubywa, a liczba ich redukuje się prawie do trzeciéj części, albo nawet do połowy. Lecz podczas gdy w tych ostatnich okolicznościach ubytek ich nie przekracza pewnych granic, staje się znacznym w chorobach ostrych, długo trwających, a mianowicie w durzycy; w jednym przypadku doszedł nawet poniżéj czwartéj części ilości prawidłowéj.

We wszystkich przypadkach liczba ta jest najniższą ku końcowi choroby, tj. tuż przed ustaniem gorączki. W téj to chwili pojawia się fakt główny a stały, mianowicie mnożenie się nagłe i stopniowe tych ciałek.

Ten rodzaj przybytku hematoblastów jest zdarzeniem najwybitniejszém i najbardziéj charakterystyczném ze wszystkich, jakie wykazuje liczenie ciałek krwi. Tu nie odbywają się słabe wahania. W przeciągu kilku godzin do kilku dni liczba hematoblastów zwiększa się podwójnie, potrójnie, poczwórnie, niekiedy nawet staje się pięć lub sześć razy większą niż podczas okresu gorączkowego, a jest dwa lub trzy razy większą niż w stanie prawidłowym.

W końcu chorób ostrych, a na to szczególniejszą należy zwrócić uwagę, odbywa się pomnożenie się hematoblastów tak stałe i tak znaczne, że stanowi rodzaj przesilenia we krwi *(crise hématique)*. Jest to rozpoczęcie się na nowo czynności prawidłowéj, przez chwilę zwolnionéj lub wstrzymanéj, która objawia się przez czas dłuższy lub krótszy znaczącą zmianą składu anatomicznego krwi.

Pod tym względem można ustanowić w chorobach takie same odmiany, jak pod względem przebiegu ciepłoty.

Ustaniu gorączki przez przesilenie odpowiada pomnożenie się hematoblastów gwałtowne, rychłe i silne.

Ustaniu gorączki *per lysim* odpowiada przybytek hematoblastów mniéj dzielny, wlokący się, odbywający się w odstępach i wymagający dłuższego czasu niż w poprzedzającym przypadku, aby dojść do maximum.

W piérwszéj grupie tych chorób ostrych ilość hematoblastów pomnaża się często w sposób dający się już ocenić, skoro tylko ciepłota zaczyna się obniżać, potém nagle od chwili zupełnego ustania gorączki dosięga najwyższego stopnia. Tak się dzieje w zapaleniu płuc ostrém, w róży twarzy bez powikłań.

Mnożenie się hematoblastów trwa od 24 godzin do sześciu dni, w chorobach ostrych krótkich odbywa się szybko bez wahań, przez jeden do trzech dni, w chorobach długich, a osobliwie z przebiegiem przyostrym, ustępami i rodziela się na wielką liczbę dni. Wreszcie w chorobach z długim przebiegiem jak durzyca, przybytek hematoblastów pojawia się najczęściéj dopiero w kilka dni po zupełném ustaniu gorączki, odbywa się wolno ustępami i dochodzi do szczytu dopiero w kilka tygodni po ustaniu gorączki.

Co się tyczy wpływu tworzenia się tych pierwocin na ciałka czerwone, to nie ma żadnego związku między ilością ciałek czerwonych a hematoblastów.

W ogóle ilość ciałek czerwonych zwiększa się więcéj lub mniéj znacznie w chwili przesilenia hematoblastycznego, nie jest to jednak koniecznêm, a gdyby nawet nastało pomnożenie się ciałek czerwonych, rzadko jest ono w stósunku do obfitości nowych pierwocin.

Można przypuścić, że podczas każdéj choroby ostréj wyrabia się bardzo mała ilość ciałek czerwonych, gdy tymczasem niszczeje ich przynajmniéj tyle co w stanie zdrowia.

Ilość ciałek krwi czerwonych maleje powoli i w niskim stopniu; może nawet się zwiększyć na początku okresu gorączkowego. Ten wynik pozornie paradoksalny jest bez wątpienia skutkiem zmniejszenia się całéj ilości krwi, a następnie jéj zagęszczenia się.

W chwili ustania gorączki, wtedy gdy nagle rozpoczyna się tworzenie się młodych pierwocin, które szybko przeobrażają się w ciałka czerwone, krew otrzymuje nowy przypływ limfy i to tak pierwocin morfotycznych jak i surowicy; a więc chociażby liczba ciałek czerwonych bardzo wzrosła, może się zdarzyć, że stósunek ich w pewnéj danéj objętości będzie mało zmieniony. Pod temi warunkami jest możebném, że przybytek hematoblastów wydarza się równocześnie, przynajmniéj na początku okresu wracania do zdrowia ze zmniejszeniem względném ilości ciałek czerwonych.

Aby sobie zdać sprawę z ważności tego zjawiska i pojąć jego znaczenie, należy zająć się przedewszystkiém ilością barwika w ciałkach czerwonych. Widzimy bowiem, że hematoblasty nie wytwarzają od razu ciałek czerwonych takich samych jak dawne, i że ilość średnia hemoglobiny w ciałkach czerwonych zmniejsza się stosunkowo do ilości nowych pierwocin.

Weźmy przypadek zapalenia płuc na dzień przed przesileniem: ciałka czerwone wtedy zawierają prawidłową ilość hemoglobiny; w téj chwili nastaje przybytek hematoblastów taki, że liczba ich w czterdziestu ośmiu godzinach z 170·000 podnosi się do 560·000. Od następnego dnia liczba hematoblastów zaczyna się zmniejszać. Nowe te pierwociny przemieniły się w ciałka czerwone a następnie powstające hematoblasty ulegają temu samemu losowi. Krew jest w pełnéj czynności rozwijania się; liczba ciałek czerwonych wzmaga się: z 3·500.000 w kilku dniach dochodzi do 4·325·000, lecz w tym czasie treść tych ciałek zmniejsza się w stósunku blisko o trzecią część, skutkiem obecności we krwi, większą ilość ciałek zawracającéj, pierwocin niezupełnie rozwiniętych.

Te spostrzeżenia dozwalają wyprowadzać wniosek, że hematoblasty są początkiem nowowytworzonych ciałek krwi. Ilość ich jest największą zaraz w początku rekonwalescencyi, zmniejsza się jednak przy dłuższém jéj trwaniu; nagromadzenie się więc ich we krwi, jest przemijające; w miarę jak się przeobrażają w ciałka krwi, ilość ich się zmniejsza, a wreszcie nadchodzi chwila gdzie równoczesnie i ilość hematoblastów jest prawie prawidłową, i nowo wytworzone ciałka czerwone są przez pewien różny przeciąg czasu uboższe w hemoglobinę niż ciałka czerwone dojrzałe.

Tém się tłumaczy niedokrewność a raczéj *oligocythaemia* w rekonwalescencyi, trwająca tém dłużéj im choroba była dłuższą i wyniszczającą.

W zapaleniu płuc dławcowém u ludzi młodych i bez wady wystarcza kilka dni, aby krew odzyskała swe cechy prawidłowe, podczas gdy po durzycy, w ustroju długo wycieńczanym, ciałka krwi powstające z hematoblastów, przez dłuższy czas nie dochodzą do zupełnego rozwoju i zapełniają krew nieraz przez czas bardzo długi pierwocinami niżéj wykształconemi niż ciałka krwi prawidłowe.

Przypływ ten hematoblastów odpowiada ostatecznie chwili, w któréj odradzanie się krwi wzmaga się, a świeżo wytworzone ciałka krwi chwilowo nagromadzają się pod postacią hematoblastów. Nagromadzenie to można ocenić we krwi, aż do nastania równowagi między przeobrażeniem się hematoblastów w ciałka czerwone, a wytwarzaniem się nowych pierwocin.

Aby się przekonać o dokładności tego rozumowania, wystarczy zestawić zjawiska dostrzegane w chorobach ostrych z objawami odradzania się krwi po krwotokach. Przypadki krwotoków nie obfitych lecz dłużéj trwających są osobliwie pouczające.

Z chwilą ustania krwotoku nastaje okres odradzania się, podczas którego krew zachowuje się tak samo jak po chorobach ostrych.

Po ustaniu krwotoku macicznego, trwającego siedm tygodni, można było naliczyć tylko 1·922·000 ciałek czerwonych, które pod względem siły zabarwienia odpowiadały zaledwie połowie ilości prawidłowych ciałek krwi; liczba hematoblastów wynosiła 217·000. Od téj chwili ciałka te znacznie się mnożyły; po ośmiu dniach liczba ich się podwoiła a w cztery dni późniéj doszła do 936·000. Późniéj tak samo jak podczas rekonwalescencyi po chorobach ostrych ten stan się nie utrzymał: jedynaście dni późniéj po kilku wahaniach liczba hematoblastów spadła na 252·000 (ilość prawidłowa), podczas gdy ilość ciałek czerwonych prawie się podwoiła.

Odradzanie się krwi po chorobach ostrych odbywa się zatém w ten sam sposób jak po krwotokach, a w obu razach są hematoblasty początkiem przeobrażania się w ciałka krwi czerwone. (*La France médicale* 1880. N. 5). *P......i.*

Prof. F. Busch: **O regeneracyi i nowotworzeniu zapalném.**

Słowo „regeneracyja" ma w patologii dwojakie znaczenie, najprzód jako przeciwstawienie do degeneracyi (zwyrodnienia), w którym to razie oznacza przywrócenie stosunków prawidłowych w narządzie mniéj lub więcéj pod względem odżywiania się upośledzonym, a powtóre w przeciwstawieniu do utraty znaczy tyle co nowotworzenie tj. odnowę części ciała zupełnie zniszczonéj, któréj związek z ustrojem został zupełnie zniesionym.

Jeżeli uwzględnimy regeneracyję w pierwszém znaczeniu, to przedewszystkiém wiadomo, że nie w każdym przypadku zwyrodnienia tkanin takowe zdolne są do regenera-

cyi tj. do powrotu do stosunków prawidłowych tak pod względem utkania jako i czynności. Tkanina dotknięta np. zwyrodnieniem skrobiowatém nie może już być zregenerowaną.

Które tkaniny i narządy zdolne są do regeneracyi w drugiém tego słowa znaczeniu, tj. które tkaniny i narządy mogą na mocy własnéj czynności zastąpić i wynagrodzić własny częściowy ubytek? na pytanie to nie ma ogólnéj odpowiedzi, gdyż nie wszystkie gatunki zwierząt posiadają w równéj mierze zdolność zastępowania drogą nowotworzenia straconych części własnego ustroju. Salamandrom odrasta wprawdzie po odcięciu odnogi nowa odnoga, jaszczurkom pod odcięciu starego odtwarza się nowy ogon, ale takiéj regeneracyi analogicznéj tworzeniu płodowemu nie napotykamy już u ssawców wyższego rzędu, a mianowicie u człowieka. Utrata choćby najmniejsza pozostaje utratą; powierzchnia krwawiąca powleka się blizną, ale nigdy nie mamy prawdziwéj odnowy części straconéj. T. zw. nowotworzenie paznogci i włosów jest tylko złudne; jak wszystkie twory przybłonkowe odtwarzają się one wtenczas, jeżeli ich tkanka macierzysta (*matrix*) została zachowaną, w przeciwnym razie jest to niemożebném. Przybłonek wzniesiony skutkiem lekkiego oparzenia w postaci pęcherzyka może się odnowić, ale skoro oparzenie zniszczywszy sieć Malpighiego dosięgło warstwy brodawkowéj skóry, w miejscu przybłonka może powstać tylko jednostajna gładka blizna. Blizna zaś oczywiście nie zasługuje na nazwę regeneracyi. Dwie stykające się powierzchnie zrastają w ten sposób, że każda z nich przedłuża składniki swe po za płaszczyznę przedziału i uniemożebnia wzajemne ich łączenie się; nie ma w tém regeneracyi, jak jéj nie ma w powstawaniu blizny. Przyrastanie części ciała zupełnie od ustroju oddzielonych nie ma także z właściwą regeneracyą nic wspólnego. Jest to właściwie sprawa gojenia się ran, z tą tylko różnicą, że gdy w ostatnim przypadku zrastają się dwie płaszczyzny, z których w każdéj odbywa się krążenie krwi, tam zrasta się płaszczyzna ranna żywa i opatrzona krążącą krwią z płaszczyzną wprawdzie także jeszcze żywą, ale w któréj już krążenie krwi ustało. Ta ostatnia płaszczyzna odżywia komórki swoje cieczą wypocinową pierwszéj, co tylko możebném jest przy małych rozmiarach części oddzielonéj, inaczéj ciecz wypocinowa nie wystarczyłaby do należytego jéj odżywienia. Tém się téż tłumaczy, że udaje się niekiedy przygojenie zupełnie oddzielonego cienkiego płatu skórnego, gdy natomiast części grubsze, choćby były w całości mniejsze od pierwszych, ulegają niechybnie zgorzeli. W tym względzie może sztuka lekarska wyręczając przyrodę wynagradzać ubytki powstałe na powierzchni ciała, i to drogą t. zw. naciągania płatów skórnych lub za pomocą ich przemieszczenia (transplantacyi), w pierwszym razie pokrywając ubytek przez naciąganie i połączenie oddzielonych od swéj podstawy sąsiednich podatnych brzegów skóry, w drugim zaś wynagradzając ubytek przez przeniesienie szypułkowatego płatu z sąsiedztwa, przy czém powstaje wprawdzie nowy ubytek w inném miejscu, ale przez swe usadowienie itd. mniéj szpecący aniżeli pierwszy. Sztuka zastępuje tu więc w istocie utratę substancyi, ale nie możemy téj sprawy wyrównania nazwać właściwą regeneracyą.

Jak widzimy powierzchnia ciała nie jest zdolną do regeneracyi. Zobaczmy, o ile własność tę przypisać się godzi kościom, ścięgnom i nerwom.

Od dawna uważano wytwarzanie kostniny *(callus)* jako sprawę regeneracyjną. Wynikło to z zapatrywania teleologicznego. Dziś wiemy, że wytwarzanie kostniny jest tylko miejscowém urazowém zapaleniem kości, najczęściéj z zejściem w stwardnienie (konsolidacyją). Ściśle odróżniać należy wypacanie zapalne od nowotworzenia zapalnego. Komórki ropne, czyli ciałka białe krwi, należą do wytworów wypocinowych; żadną miarą nie można przypuścić, by białe ciałko krwi mogło w mięśniu wytwarzać włókna mięsne, w kości tkankę kostną, w przybłonku komórki przybłonkowe itd. Po za życiem płodowém a nawet daleko wcześniéj, odkąd nastąpił podział tkanin na cztery wielkie grupy: przybłonka, tkanki łącznéj, nerwu i mięśnia i na drobniejsze ich podziały, nie ma już w ustroju takiéj obojętnéj tkaniny zarodkowéj, z któréjby wszystko powstać mogło. Wypocina zapalna nie może więc służyć do nowotworzenia. Właściwe nowotworzenie zapalne posiłkuje się jedynie tkaniną pierwotną, bo nawet wątpić należy, czy blizna powstaje z białych ciałek krwi. Tak też i wytwarzanie kostniny jest tylko pewną postacią nowotworzenia zapalnego kości. Nowa kość jest wytworem zapalnego bujania okostny i tkanki szpikowéj, bynajmniéj zaś istotną regeneracyą. To samo dotyczy spraw towarzyszących zgorzeli kości. I tu nie możemy mówić o regeneracyi kości w znaczeniu morfologiczném, gdyż odbywa się tu tylko podobnie jak przy powstaniu kostniny zapalne nowotworzenie kości. T. zw. regeneracyja kości po wyłuszczeniach podokostnowych, skoro zależy od zachowania okostny, nie zasługuje ściśle na tę nazwę, podobnie jak nowotworzenie tworów przybłonkowych, zależne jak widzieliśmy, od zachowania tkanki macierzystéj. Ze stanowiska morfologicznego nie jest także uzasadnioném wyrażenie, jakoby po podokostnowych i podtorebkowych resekcyjach stawów powstawać mogły nowe stawy według typu stawów pierwotnych, gdyż właściwie mamy w tych razach tylko stawy wrzekome, mogące skutkiem obustronnego wygładzenia i zastósowania przylegających do siebie końców kostnych, nabyć w znacznym stopniu doskonałości mechanicznéj, a tém samém nie wiele ustępować w swéj czynności stawom prawidłowym. Gdyby ustrój ludzki posiadał zdolność wytwarzania po raz wtóry stawów wyłuszczonych, to najlepiéjby było po dokonanym rękoczynie nie wpływać wcale na dalsze losy przebiegu, gdyż każda interwencyja sztuki musiałaby tylko przeszkadzać sprawie regeneracyjnéj przyrody. Powstawanie powłoki chrząstkowéj na powierzchniach resekowanych kości nie jest również wytworem sprawy regeneracyjnéj, gdyż chrząstka taka powstaje wszędzie, gdzie się trą o siebie dwa końce kostne, a powtóre różni się ona bardzo od chrząstki prawidłowéj. T. zw. nowotworzenie stawów przy zastarzałych zwichnieniach (*nearthrosis*), jest raczéj tylko mechaniczném następstwem tarcia się o siebie dwóch żywych końców kostnych.

Tkanka kostna może się zatém o tyle tylko regenerować, o ile powstałe ubytki zastąpione być mogą przez bujanie utrzymanéj tkaniny macierzystéj (okostny), podobnie jak się to dzieje przy wynagradzaniu ubytku w tworach przybłonkowych.

Drugą tkaniną, któréj przypisują zdolność zastępowania swéj utraty drogą regeneracyi, jest tkanka ścięgnista. Zachodzi mianowicie pytanie, jakim sposobem przedłuża się mięsień, którego ścięgno przecięliśmy podskórnie? Stromeyer sądził, że mięsień pozbawiony po przecięciu ścięgna wszelkiego napięcia, zdolnym jest po kilku dniach tj. po zagojeniu rany w ścięgnie, do pewnego przedłużenia się, prze-

wyższającego pierwotną jego długość. Inni zaś autorzy (Tamplin, Brodhurst i Holmes-Coote) przychylali się do zdania, że wydłużenie to mięśnia następuje w ten sposób, iż młoda tkanina bliznowata, łącząca z początku końce przeciętego ścięgna, następowo się kurczy, wyciągając równocześnie tkankę mięśniową. Bouvier zaś i Adams przypuszczają, że w miejscu przecięcia ścięgna tworzy się nowa tkanina téj właśnie długości, o którą mięsień po przecięciu ścięgna się przedłużył. Według autorów tych nowy ten kawałek tkanki ma być wytworem pochewki ścięgnistéj, która jest jego tkaniną macierzystą. Zdanie to nie jest uzasadnione. Powiedzieć raczéj należy, że część łącząca przecięte końce ścięgna jest właściwie pasmem bliznowatém, a zachowana pomiędzy owemi końcami pochewka ścięgnista przyczynia się tylko do nadania pasmu temu potrzebnéj postaci, aby połączenie końców ścięgna nastąpić mogło. Pasmo to jest zatém wytworem zapalnego bujania czyli istotną tkanką bliznowatą, która wprawdzie po dłuższym czasie pod wpływem pokrywającéj ją pochewki może się stać poniekąd podobną do tkanki ścięgnistéj, ale nie jest bynajmniéj, jak sądzi Bouvier, ścięgnem w morfologiczném znaczeniu.

Jakaż jest nareszcie zdolność regeneracyjna tkanki nerwowéj? Co się tyczy najprzód istoty mózgowéj, to ze stanowiska anatomicznego nie można przypuścić jéj regenerowania się. W miejscu ubytku istoty mózgowéj powstaje blizna łącznotkankowa, z czego wynika, że przywrócenie pewnych czynności mózgowych utraconych częściowym ubytkiem mózgu tłumaczyć sobie należy zastępczém działaniem sąsiednich części mózgu, nie zaś regeneracyją istoty mózgowéj (Munk). Takiéj zdolności do zastępczego działania nie posiada wcale rdzeń kręgowy. Ubytek substancyi wywołuje na zawsze utratę pewnéj czynności; regeneracyi nie ma. Zrastanie się końców nerwu ruchowego w mniéj lub więcéj rozległém jego wycięciu (ekscyzyi) nie zasługuje również na nazwę regeneracyi, gdyż powstaje tu właściwie, podobnie jak w przeciętém podskórnie ścięgnie, połączenie końców nerwu za pośrednictwem łącznotkankowéj blizny, w którą mogą do pewnego stopnia wrastać i włókna nerwowe; tém się tłumaczy możność przywrócenia czynności ruchowéj nerwu, co jednak następuje tylko wtenczas, jeżeli zbytnia długość blizny nie przeszkadza dostatecznemu zaopatrzeniu jéj w włókna nerwowe. Przywrócenie czucia po wycięciu kawałka nerwu czuciowego nie jest również niezbitym dowodem dokonanéj regeneracyi nerwu. W jaki sposób to się odbywa, jest rzeczą jak dotąd wątpliwą. Brak zdolności do regeneracyi w innych tkaninach, przemawiałby i tu za tém, że owego przywrócenia czucia nie można przypisać z pewnością regeneracyi nerwu czuciowego.

Zestawiając to co się rzekło, powiedzieć trzeba, że ssawcy wyższego rzędu, a szczególniéj człowiek, nie posiadają zdolności zastępowania ubytku swego ciała drogą regeneracyi analogicznéj tworzeniu płodowemu. Sprawy przebiegające na wzór regeneracyi w tworach przybłonkowych, kościach, ścięgnach i nerwach polegają już to na bujaniu zachowanéj tkanki macierzystéj (przybłonki i kość), już téż na nowotworzeniu zapalném. To zaś ostatnie jest tylko zmodyfikowaném tworzeniem prawidłowém w znaczeniu fizyjologiczném. Procesy te nie zdołają wytworzyć nowych tkanin, lecz mogą tylko powiększać, utrzymywać i przeobrażać to, co powstało w okresie płodowym. Jedynie okres płodowy zdolnym jest przynajmniéj u kręgowców wyższego rzędu i u człowieka do tworzenia części nowych, po za życiem płodowém zaś nie może być już mowy u człowieka o właściwéj regeneracyi w znaczeniu morfologiczném. U niższych zwierząt okres płodowy nie jest tak ostro odgraniczony od życia pozapłodowego, dla tego też posiadają one i w późniejszém życiu zdolność wynagradzania straconych części ciała drogą rzeczywistego wtórnego tworzenia. (*Volkmanns Samml. klin. Vortr.* Nr. 178). *St. Sm.*

Schultze: **Przyczynek do wyjaśnienia wskazań do leczenia przodo- i tyłopochyleń oraz zgięć macicy.** (*Volkmanns Sammlung klin. Vorträge*, Nr. 176). Sprawozdanie Dra Marsa.

Chcąc pogodzić różne i dość sprzeczne dziś istniejące zapatrywania co do leczenia zboczeń w ułożeniu macicy, zastanawia się S. nad przyczyną niezgodności autorów i twierdzi, że takowa jest dwojaką. I tak dotąd nie jest rozstrzygniętém pytanie zasadnicze: czy zboczenie w ułożeniu macicy jako takie wymaga leczenia lub nie, jedni bowiem odnoszą towarzyszące objawy, które głównie wymagają leczenia, do zmian w ułożeniu macicy, podczas gdy inni twierdzą, że one pochodzą od spraw zapalnych zboczeniom w ułożeniu macicy towarzyszących; z drugiéj strony milcząco prawie przyjęto niejako zasadę, że jedne środki winny być stósownemi lub niestósownemi tak dla zgięć jakotéż i pochyleń macicy.

S. twierdzi, że nieprawidłowe ułożenie macicy może istnieć niespostrzeżenie, nie wywołując żadnych dolegliwości, które pojawiają się dopiero wtenczas, gdy występują sprawy zapalne w saméj macicy lub jéj sąsiedztwie, jak niemniéj przyznaje, że istnieją przypadki, w których objawy podmiotowe musimy odnieść wprost do zmiany w ułożeniu macicy. Że tak jest, przekonywają nas skutki lecznicze: są bowiem przypadki, w których leczenie przeciwzapalne prowadzi do celu a mechaniczne jest szkodliwém, podczas gdy w innych tylko leczeniem mechaniczném można osiągnąć świetne wyniki.

Z powyższego wypada, że ogólna modła dla wszystkich przypadków jest niemożebną i że podczas gdy jedne nadają się do leczenia mechanicznego, inne potrzebują leczenia przeciw powikłaniom skierowanego.

Aby oznaczyć, kiedy się jakie leczenie stosuje, zastanawia się autor nad związkiem między sprawami zapalnemi, jakie obok zboczeń w ułożeniu macicy spotykamy, a między zboczeniem w ułożeniu samém. W tym celu wypowiada, że tylko nader rzadko powikłanie zapalne jest przypadkowém, często ma wspólną przyczynę, a najczęściéj zostaje w związku przyczynowym ze zmianą w ułożeniu macicy. Z najczęstszego zatém stanu wyprowadza ogólne wskazanie, że gdzie wikłająca sprawa zapalna jest przyczyną, tam należy leczyć powikłania, gdzie zaś zmiana w ułożeniu macicy wywołuje powikłanie tam należy stósować leczenie mechaniczne.

Wychodząc z téj zasady widzi S. pod względem wskazań zasadniczą różnicę między tyłopochyleniami i tyłozgięciami macicy. Aby różnicę tę dokładniéj wykazać, podaje autor w skróceniu opis warunków mechanicznych, w jakich się macica prawidłowo znachodzi; przedewszystkiém zaś zwraca uwagę na tę okoliczność, że macica, jakkolwiek przy napełnianiu się i wypróżnianiu pęcherza i jelita oddechowego znacznie zmienia chwilowo swe położenie, to przecież wraca zawsze w pierwotne, jeżeli stan jest prawidłowym. Jako główne czynniki utrzymujące macicę w prawidłowém ułożeniu, prócz połączeń z pochwą i pęcherzem, uważa autor kurczliwość pra-

widłową i elastyczność fałdów Douglasa wraz z mięśniem *retractor uteri* z jednéj, a działanie tłoczni brzusznéj z drugiéj strony. Stosunki te stara się wyjaśnić szematycznym rysunkiem, na którym przedstawia kierunki dwóch sił głównie na macicę działających i tak: działanie więzów Douglasa, których elastyczność pociąga macicę w kierunku z dołu i od przodu ku tyłowi i ku górze, a drugie działanie tłoczni brzusznéj w kierunku od góry i tyłu ku dołowi i przodowi, z uwzględnieniem że siła pierwsza działa na macicę w wysokości ujścia wewnętrznego, podczas gdy druga działa na ciało macicy czyli część macicy pokrytą otrzewną.

Zachowanie się zatém nieprawidłowe jednego lub obu namienionych czynników musi wywołać zboczenie w ułożeniu macicy. Nieprawidłowe zachowanie się tłoczni brzusznéj przydarza się rzadko, częściéj daleko fałdów Douglasa. Jeżeli zatém fałdy Douglasa oba lub jeden ulegną skróceniu, to w obec działania tłoczni brzusznéj na dno macicy musi powstać przodozgięcie z podniesieniem macicy ku górze; w razie zaś przeciwnym powstać musi tyłozgięcie macicy, albowiem wtenczas, podczas napełniania się pęcherza moczowego, ciało macicy odchyla się ku tyłowi i działanie tłoczni brzusznéj pada na przednią ścianę macicy i zagina ją ku tyłowi. Z położenia takiego nieprawidłowego macica nie powraca po wypróżnieniu pęcherza w prawidłowe, albowiem brak ku temu czynnika, jakim jest elastyczność fałdów Douglasa. W opisanych warunkach, jeżeli miąższ macicy jest prawidłowy, w obec tego że część pochwowa zostaje w połączeniu z pochwą i pęcherzem, musi powstać zagięcie macicy, pochylenie zaś powstaje wtenczas, gdy okolica macicy, w któréj następuje zwykle zagięcie, skutkiem jakichś spraw zapalnych stanie się niepodatną.

Macica może z ułożenia nieprawidłowego albo z łatwością dać się odprowadzić w prawidłowe, albo też jest w nieprawidłowém ułożeniu ustaloną. Pod tym względem zachodzi zasadnicza różnica między tyłozgięciami i pochyleniami a przodozgięciami i pochyleniami a mianowicie, że zrosty utrzymujące macicę w tyłozgięciu lub pochyleniu są wynikiem sprawy późniejszéj, następowéj, podczas gdy blizny w fałdach Douglasa lub zrosty utrzymujące macicę w przodozgięciu lub pochyleniu należą do zmian pierwotnych.

W dalszym ciągu porównywając zgięcia macicy z pochyleniami uważa ostatnie za cierpienia daleko niekorzystniejsze z powodu, że miąższ macicy jest sprawą zapalną zajęty. Co się zaś tyczy zgięć stara się udowodnić, że takowe nigdy nie są przyczyną niedrożności macicy, która albo przypadkowo albo skutkiem równocześnie istniejących zmian w błonie śluzowéj się przydarza.

Daléj przechodzi autor do rozbioru wskazań dla pojedyńczych zmian w ułożeniu macicy i tak: przy przodopochyleniu, ponieważ mamy do czynienia ze sprawą zapalną miąższu macicy, radzi przedewszystkiém leczenie przeciwzapalne; dalsze leczenie samego ułożenia schodzi się z leczeniem przodozgięcia macicy. Co do leczenia przodozgięcia to kładzie autor nacisk na to, czy sprawy zapalne, które sprawiły skrócenie fałdów Douglasa, ubiegły lub nie. W pierwszym przypadku skoro się przy badaniu okaże, że nie ma w tylném sklepieniu bolesności i że uciskanie palcem do odbytnicy włożonym na część pochwową w kierunku z góry i od tyłu na dół i ku przodowi nie jest bolesném, radzi mechaniczne leczenie a mianowicie: pociąganie części pochwowéj ku dołowi i przodowi za pomocą szczypczyków od czasu do czasu w celu naciągnięcia skróconych fałdów Douglasa. Uważając jednak to wskazanie za więcéj teoretyczne twierdzi, że rzadko znajduje w praktyce zastósowanie. Jeżeli podczas badania okaże się bolesność, ostrzega przed opisaném postępowaniem a w zamian zaleca gorąco założenie krążka, który acz zwiększa przodozgięcie to zmniejszając napięcie fałdów chorobowo zmienionych, nie tylko znosi przykre nader dla chorych objawy, ale nadto przyczynia się do szybszego przebiegu sprawy zapalnéj i ułatwia wessanie złogów. Odprowadzanie macicy przodozgiętéj lub pochyłonéj uważa za nieskuteczne, w obec bowiem wiadomych warunków mechanicznych macica w nieprawidłowe ułożenie zawsze po sztuczném odprowadzeniu powrócić musi.

Krążki śródmaciczne w tych przypadkach zboczeń w ułożeniu macicy uważa za szkodliwe, wywierają bowiem szkodliwe ciągnienie nie tylko na fałdy Douglasa ale także na więzy szerokie i okrągłe, z tychże względów gani i metodę Simsa dodając, że po téj metodzie przybywa jeszcze drażnienie pochwy.

Oprócz założenia krążka w przypadkach przodozgięć macicy, ponieważ w tém cierpieniu sprawy zapalne około macicy i w macicy występują pierwotnie, gorąco zaleca autor leczenie przeciwzapalne i kładzie nacisk na regularne wypróżnienia stolcowe w celu zniesienia ucisku, jaki wywiera zalegający kał na fałdy Douglasa. Jako wynik ostateczny takiego postępowania widział, że macice przodopochyłone zmieniały swe położenie w przodozgięcie a wreszcie na położenie prawidłowe. W tych przypadkach zaś, gdzie skutkiem blizn w parametrium macica nie zmieniała swego położenia, ustawały przy tém leczeniu wszelkie dolegliwości, miesiączkowanie odbywało się prawidłowo, a w przypadkach nawet nader ostrego zagięcia następowało zapłodnienie.

Inaczéj rzecz się zupełnie ma z tyłopochyleniami i tyłozgięciami macicy; sprawy zapalne towarzyszące są w tych przypadkach zmianami następowemi, radzi zatém leczenie mechaniczne, które téż i do celu prowadzi.

W początkach powstawania tych zboczeń gdy macica jest nader ruchoma i zmienia łatwo swe położenie, zaleca autor używanie środków, któreby pobudzały macicę a tém samém i więzy do skurczenia się.

Jeżeli macica leży stale w tyłopochyleniu lub tyłozgięciu, radzi autor leczenie mechaniczne zacząć od odprowadzenia macicy, co można wykonać za pomocą rąk, już to przez zabieg podwójny tj. jedną ręką od zewnątrz a drugą od strony pochwy, już też jedną ręką tj. palcem włożonym do rozszerzonéj poprzednio sztucznie macicy. Rąk woli używać dlatego, że jak powiada, chce dokładnie poznać przytrafiające się zawady wśród odprowadzania. Zgłębnika nie używa w tym celu z obawy nadwerężenia macicy.

Krążki założone do pochwy nie odprowadzają macicy, mogą tylko unosić trochę jéj ciało, co wcale nie jest dostateczném, odprowadzoną zaś macicę mogą utrzymać w daném położeniu.

Przy zawadach podczas odprowadzania macicy należy dokładnie rozpoznać, gdzie takowe leżą. Jeżeli ciało macicy jest więzami rzekomemi od tyłu uczepione, radzi takowe po zachloroformowaniu choréj delikatnie palcami porozdzierać, twierdząc, że stósując potém na brzuch okłady lodowe nigdy z powyższego postępowania złych skutków nie widział. Ostrzega jednak, aby siły nie używać tam, gdzie zrosty odnoszą się do jajników, trąbek lub gdy zawady leżą w tkance łącznéj kołomacicznéj. Po odprowadzeniu macicy w prawidłowe położenie zaleca założenie krążka, aby to nowe położenie

ustalić, albo gdy się krążek nie stosuje, wytamponowanie przedniego sklepienia. Zrazu zaleca używanie dużych krążków, przyczém podnosi zalety swoich krążków ósemkowych, aby sklepienie tylne wysoko podnieść a tém samém uniemożebnić macicy powracanie w nieprawidłowe ułożenie, a dopiero gdy przez odpowiednie leczenie, jak lewatywy zimne po każdym stolcu, dobre odżywianie itd. fałdy Douglasa odzyskają swą pierwotną elastyczność, zastąpić takowy mniejszym, który chora czas dłuższy nosić winna.

Dla zgięć macicy na boki zaleca odpowiednie wygięcie krążka.

Jeżeli krążek łatwo wypada z powodu, że nie znachodzi dostatecznéj podstawy, zaleca swój krążek saneczkowatym zwany.

Raz na rok winien być krążek zmieniony a przez ten czas robione wstrzykiwania do pochwy z wody.

Na pytanie: jak długo należy krążek nosić, nie odpowiada autor stanowczo; czasem po paru miesiącach widział trwałe prawidłowe ułożenie macicy przy tém leczeniu.

Dodatkowo namienia, że ciąża jest korzystną dla tyłozgięć.

Sprawy zapalne przy tyłozgięciach i pochyleniach ustępują same przy leczeniu mechanicznem, krążki śródmaciczne zaleca tylko w przypadkach najuporczywszych tyłozgięć.

Praca ta bądź co bądź godną jest bliższego z nią zapoznania się a postępowania w niéj zalecanego tém chętniéj lekarz próbować będzie, ponieważ autor dodaje, że wnioski te wyciągnął z obserwacyj czynionych na licznym szeregu przypadków, gdyż 79 przodopochyleń, 296 przodozgięć, 134 tyłopochyleń i 137 tyłozgięć.

Najnowsze odkrycie Pasteura.

Jakbądź przypuszczenie przyrody pasorzytniczéj chorób zakaźnych coraz bardziéj się utrwala i coraz więcéj znajduje zwolenników, mimo to bardzo wiele szczegółów wielkiéj doniosłości nie zdolano jeszcze wyjaśnić a tém mniéj stanowczo rozstrzygnąć. Napróżno poszukują dotąd owych drobniutkich żyjątek, mających być przyczyną i istotą licznych chorób zakaźnych, mianowicie ostrych osutek, napróżno też śledzono pewnéj choćby analogii, jeśli nie zupełnego wytłumaczenia względnéj ochrony *(immunitas)* ustroju raz już dotkniętego ostrą osutką, od ponownego zapadnięcia na takową, a w szczególności dziwnego zachowania się krowianki względem ospy. Doświadczenia Pasteura, niezmordowanego badacza najdrobniejszych organizmów i właściwego twórcy dzisiejszych naszych pojęć o kiśnieniu, gniciu itd., przedstawione na jedném z ostatnich posiedzeń paryskiéj *Academie de médécine* są wielkiéj doniosłości, gdyż rzucają pewne światło na wzmiankowane powyżéj wątpliwości. Do poszukiwań swych używał P. krwi chorych na cholerę kur swojskich. Znalazłszy w niéj mikroskopijne żyjątka, będące przenośnikami przyrzutu a właściwie samym przyrzutem, hodował je w rozmaitych cieczach o znanym składzie chemicznym (winian amonowy, fosforan wapniowy itp.), rozradzał i przeszczepiając na inne kury wywoływał tę samę chorobę. Na podstawie dwóch odrębnych sposobów hodowania udało mu się wytwarzać dowolnie dwie różne odmiany przyrzutu. Obiedwie odmiany sprawiały u kur te same cechujące objawy chorobowe; ale podczas gdy pierwsza z nich silniejsza pociągała zawsze za sobą śmierć zwierzęcia doświadczanego, druga słabsza wywoływała wprawdzie te same przypady chorobowe, ale nie zabijała nigdy zwierzęcia. Jeżeli zwierzętom, które wyzdrowiały po szczepieniu przyrzutu słabszego, zaszczepiono silniejszy, szczepienie to nie udawało się. Mamy tu więc zupełną analogiję między zachowaniem się przyrzutu słabszego względem silniejszego, a krowianki względem ospy. Wypada ztąd zarazem, że pod wpływem pewnych zmian w hodowaniu powstawać może mniejsza zaraźliwość drobnych owych żyjątek. W doświadczeniach Pasteura uwydatniało się to wśród hodowania pewnemi cechami charakterystycznemi, jak pewném opóźnieniem w ich rozwoju itd. Jeżeli P. z 40 kur zaszczepił połowie przyrzut silniejszy, natenczas zdechły wszystkie 20; druga zaś połowa, któréj zaszczepiono słabszą odmianę przyrzutu, wprawdzie chorowała, ale wyzdrowiała bez wyjątku. Skoro po wyzdrowieniu zupełném drugiéj połowy zaszczepiono jéj przyrzut silniejszy, wszystkie 20 wyzdrowiały. Jednorazowe zatém przebycie choroby zabezpiecza od nawrotu. Przypuszczać można, że i inne choroby zakaźne (ospa, nosacizna, kiła, dżuma itp.), które się również nie zwykły powracać u tego samego osobnika, polegają tak samo jak cholera kur na rozwoju mikroskopowego pasorzyta. Jeżeli doświadczenia Pasteura potwierdzą się, należy się spodziewać, że uda nam się może hodowanie przyrzutów innych chorób zakaźnych, a co ważniejsza, że może odkryjemy słabszą odmianę tychże przyrzutów, analogiczną krowiance. *St. Sm.*

C. Beck: **O leczeniu przepuklin zgorzelinowych.**

Chcąc sobie zdać sprawę, czy w przepuklinie uwięzgniętéj, która uległa zgorzeli, lepiéj jest dążyć do utworzenia się sztucznéj rzyci, lub też wystąpić czynnie wykonywając t. zw. enterotomiję czyli resekcyję jelit, robi B. dokładny przegląd literatury tego przedmiotu od najdawniejszych aż do najnowszych czasów i dochodzi do przekonania, że w obec przeciwgnilnego postępowania wszystko przemawia za enterotomiją z wyjątkiem przypadków, w których znachodzą się bardzo rozległe i głębokie zniszczenia. Mimo to jednak jest zdania, że z powodu bardzo skąpéj statystyki tak jednéj jak i drugiéj strony nie można wniosku tego należycie poprzeć, a to tém mniéj że w literaturze znachodzimy wręcz sprzeciwiające się sobie twierdzenia, wypowiedziane przez najpierwsze powagi naukowe. Ta niepewność dała autorowi pochop do poddania sprawy téj doświadczeniom na zwierzętach. W drugiéj więc części swéj pracy zestawia 21 przypadków resekcyi kiszek dokonanych na zwierzętach, którym poprzednio przez przewiązanie pętli jelitowéj sprowadził tejże zgorzel; z téj liczby wyzdrowiało 14. W drugim szeregu doświadczeń założył 20 razy sztuczną rzyć a postępowanie to uwieńczone zostało dobrym skutkiem tylko 9 razy. Gdy wszystkie zwierzęta te znachodziły się w jednakowych warunkach, przeto sądzi, że cyfry te najwymowniéj przemawiają za pierwszym sposobem. *(Archiv f. klin. Chirurgie* XXV. 1. *A. O.*

G. Neuber: **O zmianach odwapnionych rurek kostnych w ranie i dalsze doniesienia o przeciwgnilnéj trwałéj oprawie.**

Już na przeszłorocznym zjeździe chirurgów doniósł był N. o swych doświadczeniach z odwapnionemi rurkami kostnemi w zastósowaniu ich zamiast sączków gumowych i o możebności przeprowadzenia na téj podstawie tak zwanéj trwałéj oprawy przeciwgnilnéj *(antiseptischer Dauerverband).* Dobry wypadek tych doświadczeń zachęcił prof.

Esmarcha do użycia tego sposobu w większéj ilości przypadków i otóż w niniejszéj pracy zdaje N. sprawę z dalszego ciągu swych postrzeżeń jak następuje: 1) Klejowate napęcznienie i rozpłynięcie się sączka następuje po dłuższym jego pobycie w nieżytowéj albo ropiastéj wydzielinie rannéj. 2) Wessanie odbywa się za pomocą ziarniny ze wszech stron nań napierającéj. 3) W częściach zgorzelinowych pozostaje on długi czas niezmienionym. 4) Nie doznaje żadnéj zmiany od skrzepu krwawego ściśle zewsząd go otaczającego.

Co zaś do opatrunku trwałego, to po krótce z przytoczonéj statystyki zapisujemy, iż z 131 przypadków, w których go użyto, nastąpiło zagojenie pod jednym opatrunkiem w 101 razach, pomimo że między niemi były ciężkie przypadki, jak amputacyje, resekcyje i t. p. Technikę oprawy zmieniono o tyle, że zamiast pomiętéj gazy (*Krüllgaze)* używano poduszeczek z tejże gazy wypchanych jutą, a zamiast zwierzchnich opasek gazowych opaski z czystéj gumy celem wywierania jednostajnego a trwałego ucisku. Korzyści stąd wynikające wymienia autor następujące: spokój rany, mniejsza sposobność zanieczyszczenia tejże, taniość oprawy, najczęściéj żadna gorączka aseptyczna i mały zachód koło rannych. Pod takim opatrunkiem wytwarza się charakterystyczny zapach klejowo-serowaty, który jeszcze nie jest dowodem rozkładu i gnicia. N. zostawiał opatrunki po kilkanaście aż do 30 dni, a powodem wcześniejszego otwarcia bywały krwotoki, znaczny ból albo zanieczyszczenie od zewnątrz. (*Archiv f. klin. Chirurgie* XXV. I) *A. O.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Jako przyczynek do rzadkich stosunkowo zmian kiłowych w gruczołach gronowych, ogłasza prof. Lang z Insbruku przypadek kiłowego zapalenia sutka i ślinianki przyusznéj. U kobiety 39-letniéj, okazującéj od lat czterech objawy kiły, wykazało badanie w głębi sutka prawego obrzęk wielkości jaja kurzego, za uciskiem bardzo bolesny; okolica lewéj ślinianki przyusznéj była nieznacznie obrzmiałą. Pod wpływem wcierań szaruchy bóle sutka wprawdzie rychło ustąpiły, ale ślinianka jeszcze bardziéj obrzmiała z zejściem w ropienie. W ciągu $1\frac{1}{2}$ miesiąca tak obrzęk sutka jako i ślinianki znikły zupełnie, a pozostały zaledwie ślady zmian kiłowych na podniebieniu i języczku. (*Wien. med. Wchft.* 1880, Nr. 9).

ss) W Nrze 38 Przeglądu Lek. roku zeszłego zdaliśmy sprawę z postrzeżeń Veldena co do braku kwasu solnego w soku żołądkowym w niektórych chorobach żołądka. Według Veldena brak ten towarzyszy zawsze rakowi żołądka, przewłocznemu nieżytowi żołądkowemu i (przemijająco) każdéj chorobie gorączkowéj. Obecnie Edinger, asystent prof. Riegla, opisuje (*Berl. klin. Wchft.* 1880 Nr. 9) dwa przypadki, w których nie znaleziono w soku żołądkowym kwasu solnego, a z których jeden przedstawiał objawy kliniczne raka żołądkowego, drugi zaś dotyczył chorego dotkniętego suchotami płucnemi. W obydwóch przypadkach wykazało badanie pośmiertne jako prawdopodobną przyczynę braku kwasu solnego w soku żołądkowym skrobiowate zwyrodnienie błony śluzowéj żołądka a zwłaszcza jéj tętniczek. Prócz tego w przypadku pierwszym miasto rozpoznanego za życia raka wykazała sekcyja rozległy wrzód żołądkowy. W jakim stosunku pozostaje tu brak kwasu solnego do zwyrodnienia naczyń, czy odnieść to należy do zmienionych przez to stosunków dyfuzyjnych, trudno na razie rozstrzygnąć.

ss) Davosky zachwala przeciwko nagłym krwotokom płucnym t. zw. napój Choparta Rp. (*Balsami copaiv., syrupi balsam., aq. menth., pip., spirit. vini rectificatiss. āā 30·0, spirit. nitri aeth. 2·0*). Mięszankę tę podaje się, zakłóciwszy za każdym razem, po 1—3 łyżek. (*Wien. med. Bl.* 1880. Nr. 9).

(*A. K.*). Będźwinian sodowy nie przestaje dzielić lekarzy na dwa obozy. Nr. 5 *Wracza* podaje wyniki stósowania tego leku w błonicy, pochodzące z dwóch źródeł, i dyjametralnie od siebie różniące się: Dr. Kien ogłasza w *Gazette médicale de Strassbourg* Nr. 1 br., że idąc za przykładem Letzericha podawał 8 chorym, cierpiącym na błonicę, będźwinian sodowy; chorzy wszyscy wyzdrowieli, pomimo, że u 7 z nich przebieg choroby odznaczał się złośliwością. Autor podawał dzieciom, nie mającym jeszcze roku życia, rozczyn 5% po $\frac{1}{3}$ części łyżeczki co godzina; dzieciom od 1—3 roku życia 7—8% rozczynu w powyższych ilościach; do 7 roku życia 8—10,0 na dobę, osobom dorosłym 15—25,0 na dobę. Do płukania używał rozczyn 5%.

Dr. Bronstein z Bałty, polegając na obfitym materyjale, gdyż jak wiadomo z listów Dra Rollego, błonica grasuje w niektórych powiatach Podola z niezwykłą złośliwością, poczynił swoje spostrzeżenia nad działaniem będźwinianu sodowego w błonicy a wyniki jego wielce się różnią od różowych wywodów strasburskiego lekarza i Letzericha. Nie tylko Bronstein nie zauważył skutecznego działania będźwinianu sodowego w błonicy, ale czego nie spostrzegali Letzerich i Senator, twierdzi ten autor, że lek w mowie będący wywoływał u jego chorych nie dające się poskromić wymioty, silne bóle brzucha, a wreszcie śmiertelny zapad. Bronstein sądzi, że będźwinian sodowy nie ma żadnéj wyższości terapeutycznéj nad środkami do téj pory stósowanemi w błonicy, a nie jest jak tamte nieszkodliwym.

(O przypadach gastrycznych, przy używaniu będźwinianu sodowego powstających, istotnie po raz pierwszy przychodzi mi czytać w spostrzeżeniach Bronsteina; przeciwnie Letzerich, Zielewicz i inni polecają go właśnie w tych zaburzeniach, które on wywoływać miał u chorych Bronsteina; co się tyczy zapadu, to i bez będźwinianu sodowego powstaje on w błonicy i znamionuje groźny stan rzeczy; lecz że Kien i inni spostrzegali dobre skutki z będźwinianu sodowego przeciw błonicy, a Bronstein żadnych dodatnich nie otrzymał, to sprzeczność ta o tyle mnie nie dziwi, że bywają epidemije, a nawet okresy téjże saméj epidemii tak łagodne, że wszelki lek byleby nie szkodził pomaga; spostrzegacze tych epidemij zachwalają przez siebie stósowane leki i to w dobréj wierze; natomiast te same leki stósowane w epidemijach złośliwych zawodzą, a stosujący je nie tylko zrażają się, ale podają w wątpliwość bądź sumienność spostrzeżeń, bądź dobrą wiarę tych, za których przykładem poszli. *Sprawozdawca*).

(*K. Gr.*) Dr. Bertrand ogłosił w *Arch. de méd. navale 1879* ciekawy artykuł o związku między dną a morzyskiem ołownem *(colica saturnina)*. Już w r. 1854 Dr. Garrod zwrócił uwagę na częste pojawianie się dny u takich, których poprzednio na morzysko ołowne leczył. Charcot był zdania, że to pojawianie się dny u poprzednio dotkniętych morzyskiem ołownem jest właściwością Londynu i skutkiem wpływu tamtejszych stosunków higijenicznych i angielskiego sposobu życia, — obecnie jednak uznaje, iż pierwszy objaw działania ołowiu na nerki na tem polega, że wydzielanie w krwi zawartego kwasu moczowego zostaje utrudnione, a to stanowi najgłówniejszą przyczynę dny. Majtkowie często narażeni są na zatrucie ołowiem, a dna nie jest też u nich rzadkiem zjawiskiem, chociaż nie można o nich powiedzieć, aby nadmiernie byli żywieni lub próżniacze pędzili życie. B. podaje wiadomość o 4 bardzo ciekawych przypadkach za-

trucia ołowiem z następowém pojawieniem się dny, w których nie było dziedzicznego usposobienia a dotknięci żyli przed tém bardzo trzeźwo. (*Gesundheit* 1880, Nr. 1).

ss) Oznaczając regularnie ciężar ciała u epileptyków po każdym napadzie, otrzymał Kowalewski (*St. Petersb. med. Wchft.* 1879, Nr. 47) następujące rezultaty:

1) U wszystkich epileptyków i to we wszystkich postaciach padaczki ciężar ciała po każdym napadzie się zmniejsza a to stósownie do trwania choroby i nasilenia napadu.

2) W przypadkach zastarzałych, gdy napady powtarzają się bardzo często i ustrój już się do nich niejako przyzwyczaił, owo zmniejszenie ciężaru ciała po napadzie bywa nieznaczne, tj. 1—2 funtów; w przypadkach zaś świeżych, zwłaszcza gdy napady są rzadkie, zmniejszenie to wynosi 3—12 funtów po każdym napadzie.

3) Ilekroć nastąpi kilka napadów jeden po drugim, największa utrata ciężaru przypada na czas po pierwszym napadzie, po następnych jest takowa nieznaczną.

4) We wszystkich postaciach padaczki następuje największa utrata ciężaru ciała, jeśli napadom towarzyszą kurcze padaczkowe (do 12 funtów na raz); napady połączone z zawrotem epileptycznym nie sprawiają tak wielkiéj utraty ciężaru. Ciężar ciała wyrównywa się już w ciągu kilku dni po napadach.

ss) Massini zdaje sprawę z doświadczeń swych nad skutecznością trzech nowszych środków przeciw różnym postaciom bólu głowy. Pierwszy z nich, chloral butylu, znosi bardzo często najsilniejszy nerwowy ból głowy, sprawia wielką ulgę w bólu głowy uremicznym i histerycznym. Bóle ustępować mają już przed zadziałaniem usypiającém tego środka. Podaje się po 0·3—0·5 na dawkę, dopóki chory nie wyżyje ogółem do 2·0 grm. Drugi środek, *camphora monobromata*, działający również znieczulająco na nerwy głowy, a w większych dawkach i na nerw błędny, podaje M. po 0·1—0·4 na dawkę; w większych dawkach działa usypiająco. Po przetworze tym widział w dwóch przypadkach migreny znaczną ulgę. Trzeci nareszcie środek, akonityn (przetwór angielski), usuwał w $^2/_3$ wszystkich przypadków migreny i histerycznych bólów głowy cierpienie już to zupełnie, już téż znacznie takowe uśmierzał. M. zapisuje po 1—2 miligramy na dawkę.

ss) Znaną jest t. zw. terapija pneumatyczna Haukego, polegająca na tém, że dziecko kładzie się (z wykluczeniem twarzy) do naczynia wanienkowatego, wypełnionego powietrzem rozrzedzonem, podczas gdy oddychanie odbywa się zwykłém powietrzem. Działanie sposobu tego polega na zwiększonéj przez obniżenie ciśnienia powietrza zewnętrznego czynności mięśni wdechowych, gdy możebnemu utrudnieniu wydechu zapobiega się otwieraniem od czasu do czasu naczynia, tj. przywracaniem w niém prawidłowego ciśnienia powietrza. Hauke utrzymuje, że prócz powyższych względów teoretycznych przemawiają za postępowaniem takiém również i rezultaty praktyczne, przezeń otrzymane. Leczenie to poleca również i prof. Kaulich w Pradze. W przypadku krzywicy wyższego stopnia, powikłanéj obustronném przewlocznem zapaleniem płuc, po 3 miesięczném leczeniu pneumatyczném kościec miał się w należyty sposób ustalić, cierpienie płuc miało ustąpić, a ciężar ciała podwyższył się o 1 kgrm. (*Wien. med. Bl.* 1880, Nr. 9).

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie V z dnia 3 marca 1880.

Przewodniczący Dr. Grabowski. Obecnych członków 17.

1. Kol. Smoleński złożył do biblijoteki Towarzystwa odbitki z pracy swojéj: „o inhalacyjach rozpylonych płynów“.

2. Kol. Warschauer odczytał: Uwagi o leczeniu ospy według Hübnera. (Będzie umieszczone w Przeglądzie). Odczyt ten wywołał zajmującą dyskusyję tak nad poglądami Hübnera jakoteż nad leczeniem ospy, przyczém mieli członkowie sposobność wypowiedzieć swoje postrzeżenia w obecnéj epidemii ospy zebrane.

Kol. Kwaśnicki powątpiewając o poglądach Hübnera jako nie wytrzymujących krytyki, przytoczył kilka sposobów używanych w celu zapobiegnięcia powstawaniu szpecących blizn po ospie, między temi użycie uciskowéj maski w postaci chust maczanych w occie, tudzież według Burchardta podawanie wewn. ksylolu, które prof. Jakubowski stósował w szpitalu św. Ludwika. Zdaje się, że wszystkie środki w tym celu użyte nic nie pomagają a wytwarzanie się blizn zależy od głębokości krosty ropiejącéj. Kol. Ściborowski widział bardzo pomyślne skutki po zewnętrzném stósowaniu nalewki jodowéj przed rozwinięciem się króst. Kol. Buszek zaleca zimne okłady na podstawie dobrych rezultatów Kaczorowskiego. Kol. Smoleński krytykuje teoryję Hübnera zo stanowiska anatomiczno-fizyjologicznego, przyczém przytoczył najnowsze badania Pasteura nad właściwościami przyrzutu w cholerze, próbując je zastósować do przyrzutu ospowego. Kol. Pieniążek zapatruje się na leczenie króst ospowych ze stanowiska czysto chirurgicznego, uważając krosty te za ropnie podprzyskórkowe i dla tego sądzi, że w niektórych przypadkach ucisk zewnętrzny powinien wstrzymywać ropienie, w innych wczesne otwarcie zapobiega szerzeniu się ropnia w głąb. Gdzie przyskórek jest bardzo gruby, jak n. p. na podeszwie, tam następuje w skutek ucisku tegoż zanik króst, gdzie znów czy to przyskórek czy przybłonek bardzo jest cienki, tam krosty ospowe prędko ropieją, wcześnie pękają, nie pozostawiając śladów po sobie. Pewna indywidualna właściwość przyskórka odgrywa także wielką rolę w ropieniu króst. W celu leczniczym wczesne otwarcie króst ospowych, pędzelkowanie nalewką jodową albo téż kąpiele lub okłady zastósowane mogą wydać pomyślny skutek. Kol. Wilkosz nie spodziewa się wielkiéj korzyści z zewnętrznego stósowania kwasów według Hübnera a przechodząc kolejno wszystkie sposoby leczenia króst ospowych uważa je za nieszkodliwe, ale też i nie wiele użyteczne. Prof. Rosner, który używał bardzo wielu środków w celu zmniejszenia ropienia, twierdzi na podstawie tych spostrzeżeń, że nie można o żadnym takim środku mówić, czy tenże skutkuje lub nie, a to dla tego, że żaden lekarz nie jest w stanie w okresie guziczkowym ospy rozpoznać, czy w przypadku danym przyjdzie do rozległego ropienia. W niektórych przypadkach o bardzo wysokiéj gorączce, licznych guziczkach, gdy jeszcze do tego jest obrzęk śledziony, spodziewamy się na pewne ropienia a przecież często po 9 dniu zaczynają krosty zasychać i giną bez śladu. Trudno w obec tego wierzyć w skuteczność środków użytych przed ropieniem. Skoro się raz ropienie rozpocznie, wtedy można czynnie wystąpić, ale i w takim razie powstaniu blizn nie zapobiegniemy, bo blizny zależą nie od ropienia, ale od głębokości pierwotnego nacieku w kroście. Kol. Buszek przytoczył kilka przypadków z obecnéj epidemii, w których dzieci świeżo zaszczepione dostały ospy z wynikiem śmiertelnym: ospa wybuchła w jednym przypadku w chwili podsychania strupów, w innym nieco wcześniéj, w innym znów późniéj. Przytém odczytał wykaz statystyczny z przebiegu ospy i śmiertelności tejże w Krakowie w miesiącach grudniu 1879 r., styczniu, lutym 1880 r. W lutym nastąpiło przełamanie się epidemii.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Wasylewski.*

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie II zwyczajne z d. 6 lutego 1880 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 12.

1. Protokół poprzedniego posiedzenia przeczytano i przyjęto.

2. Przewodniczący zagaił posiedzenie przemową, w któréj przedstawił powstanie i rozwój Komisyi balneologicznéj. Namienił, że przed laty dwudziestu kilku zdrojowiska nasze krajowe zostawały w stanie zupełnego zapomnienia i zaniedbania, tak że niektórym lekarzom w kraju zaledwie z nazwiska były znanemi; a lubo już przed laty czterdziestu ś. p. Teodor Torosiewicz zajmował się rozbiorem chemicznym zdrojów leczniczych i w r. 1849 dwadzieścia ośm z nich opisał, dopiero ś. p. prof. Józefowi Dietlowi udało się wyrobić dla nich to uznanie, na jakie zasługiwały. Temu to zasłużonemu mężowi, którego słusznie nazwano wskrzesicielem zdrojowisk krajowych, zawdzięcza swe powstanie Komisyja balneologiczna, zawiązana w r. 1858 w b. Towarzystwie naukowém krakowskiém, on jéj też przez lat kilkanaście przewodnicząc wraz z ś. p. prof. Skoblem, pierwszym prezesem Komisyi, zjednał powagę i wpływ na zdrojowiska, jakie w ciągu swego istnienia wywierała. Po przeobrażeniu się Tow. naukowego w Akademiję Umiejętności, zawiązano znów Komisyję balneologiczną, ster jéj poruczając Dr. Dietlowi; Komisyja ta jednakże z powodu ciągłego niedomagania swego prezesa nie wiele zrobić zdołała i z początkiem r. 1877 zrzekła się praw swoich, przelewając takowe na Tow. lekarskie, które też zaraz zawiązało Komisyję dziś istniejącą, któréj pierwsze posiedzenie odbyło się w d. 27 stycznia 1877 r.

Dzięki niezmordowanéj pracy i zabiegliwości poprzedniego swego prezesa prof. Korczyńskiego, Komisyja wkrótce po rozpoczęciu prac swoich zjednała sobie w obec kraju i władz rządowych takież samo poważne stanowisko, jakie zajmowała w świetnych czasach za Tow. naukowego. Zadanie Komisyi określone regulaminem, „badania umiejętne z zakresu balneologii i klimatologii krajowéj, uprawa nauki i popieranie zdrojowisk krajowych, oraz zaznajamianie się z postępami balneologii, klimatologii i hydrologii“ — kierowało dotychczas czynnościami Komisyi; zadanie to i obecnie jest takież samo, praca atoli ułatwiona przez poprzedniego prezesa, który wiele spraw załatwiwszy, utorował drogę, jaką nadal Komisyja ma postępować.

W dalszym ciągu Przewodniczący przedstawił ową drogę; Komisyja ma wytykać i wskazywać właścicielom zdrojowisk i lekarzom zdrojowym, co robić powinni dla podniesienia zakładów sterowi ich powierzonych; jedni i drudzy mają się stósować do rad Komisyi, pierwsi zaprowadzając potrzebne ulepszenia, drudzy prócz tego skrzętnie zbierając spostrzeżenia naukowe i temi dzieląc się z kolegami. Lekarze w miastach zamieszkali korzystając z posiadanego zaufania i wpływu mają zwracać chorych potrzebujących pomocy zamiast za granicę do zdrojowisk krajowych. Wreszcie oddał wyrazy uznania członkom nadzwyczajnym, którzy zapisawszy się do grona Komisyi w razie potrzeby światłéj swéj rady tejże udzielali: tu podniósł zwłaszcza zasługi członków prof. Dra Olszewskiego i p. Trochanowskiego, którzy nie mało czasu poświęcili w celu dokonywania rozbiorów chemicznych, przez Komisyję sobie poruczonych.

Zważając, jak każdemu czas jest drogim, zawiadomił, że na posiedzenia, na których się toczyć będą sprawy czysto lekarskie, tych członków którzy nie są lekarzami, zapraszać nie będzie, jeżeli sami nie objawią chęci brania udziału we wszystkich posiedzeniach Komisyi; w razie zaś rozpraw dotyczących stosunków innego rodzaju, spraw z budownictwem, inżynieryją, budową maszyn, meteorologiją, ustawami i prawem w związku będących, zapraszani będą ci członkowie, którzy swą radą mogą być pomocnymi i których takowe zająć zdołają. W końcu dziękując za zaufanie, prosił o czynne poparcie jego usiłowań i wspólne działanie dla ogólnego dobra.

3. Przewodniczący wymienił podkomisyje w ciągu pierwszego trzechlecia wybrane, które dotychczas ze swego zadania się nie wywiązały, objawiając życzenie, aby zadaniu swemu zadość uczynić zechciały; tu należą:

a) Stała podkomisyja do spraw Zakopanego złożona z kolegów Kuczyńskiego, Ściborowskiego i Zieleniewskiego. Ostatniego, który wystąpił z Tow. Lek. krakowskiego i Komisyi balneologicznéj zastąpi kol. Kopernicki.

b) Podkom. dla napisania instrukcyi do napełniania flaszek wodą mineralną, złożona z koll. Czyrniańskiego, J. Grabowskiego. Olszewskiego, Hoffa i Zieleniewskiego. Dwóch ostatnich (Hoff bawi obecnie w Jarosławiu) zastąpią kol. Lutostański i Trochanowski.

c) Podkom. do zbadania stanu zdrojowiska w Szczawnicy i poczynienia odpowiednich uwag. Kol. Lutostański, Warschauer, Zaręba, Zieleniewski, którego zastąpi kol. Kwaśnicki.

d) Podkom. dla podania uwag co do zreorganizowania zakładu gimnastycznego w Krynicy. Koll. Blatteis, Skórczewski, Zieleniewski, którego zastąpi kolega Kazimierz Grabowski.

e) Podkom. dla zajęcia się sprawą duru panującego w r. z. w Krynicy. Koll. Jordan, Lutostański, Szewczyk, Smoleński.

f) Podkom. dla określenia zasad zachowania się lekarzy zdrojowych względem domowych i wzajemnie. Koll. Blatteis, Pareński, Ściborowski, Warschauer.

4) Czyniąc zadość życzeniu kol. Hoffa, objawionego na ostatniém posiedzeniu, wybrano komisyję mającą się zająć zbadaniem wartości leczniczéj borowiny morszyńskiéj i określeniem jéj pożytku i zastósowania. Do komisyi téj zaproszono koll. Blatteisa, J. Grabowskiego i Lutostańskiego.

5) Odczytano memoryjał nadesłany z miasta Wieliczki z prośbą o poparcie życzenia, iżby w razie zakładania przez Stowarzyszenie opieki szpitalnéj filii szpitala dla dzieci zołzowatych, takowy mógł być założony w Wieliczce. Gdyby to przyszło do skutku, miasto obiecuje 1) udzielić Stowarzyszeniu na własność bezpłatnie potrzebną ilość gruntu będącego własnością miasta; 2) Wystarać się u władz rządowych o koncesyję na udzielanie wody słonéj i błota na kąpiele; 3) Odstąpić dzieciom na kuracyi będącym park miejski do użytku i zabawy. W dyskusyi nad tym przedmiotem brali udział koll. Blatteis, Kopernicki, Kwaśnicki, Smoleński i Przewodniczący. Ostatecznie postanowiono odpowiedzieć miastu Wieliczce, że na teraz Komisyja podanie przyjmuje do wiadomości, a w właściwym czasie nie omieszka zeń zrobić stósownego użytku, objawiając swe zdanie Stowarzyszeniu opieki szpitalnéj dla dzieci, gdy toż będzie w możności założenia filii szpitala.

6) Przewodniczący uczynił wniosek, aby udać się do zarządów wszystkich zakładów zdrojowych w kraju naszym istniejących, z prośbą o coroczne nadsyłanie choćby krótkich sprawozdań (do czego posłużyć mogą schematyzmy), z których możnaby układać ogólny pogląd na ruch i postęp w zdrojowiskach, jaki już w latach 1860—1870 przez Komisyję balneologiczną bywał drukiem ogłaszany. Wniosek ten został przyjęty.

7) Kol. Skórczewski odczytał część ogólną swéj dyjetetyki zdrojowéj.

Na tém posiedzenie zamknięto. Sek. *Dr. Smoleński.*

V. Wiadomość o limanach odeskich

podał Dr. **Sakowicz** w Białéjcerkwi.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Komisyi balneol. Tow. lek. krak. dnia 22 października 1879 r.

Nie znalazłszy w języku polskim obszerniejszéj wzmianki o t. z. limanach odeskich, chciałbym niniejszą choć pobieżną pracą zaznajomić Kolegów z owemi miejscami leczniczemi, które na podstawie składu chemicznego wody i warunków miejscowych wywierają nader zbawienny wpływ na chory ustrój, a tém samém mają prawo zająć między zakładami kąpielowemi niepoślednie miejsce.

Literatura dotycząca limanów odeskich jest bardzo nieliczną. Tu należą: Dr. Bernard Abramson: Limany odeskie, ich własności lecznicze i zastósowanie w różnych chorobach, 1850. Odessa (po rosyjsku). Prof. Hassagen: Wyniki rozbiorów chemicznych wody i iłu jezior i limanów

kraju noworosyjskiego. 1852. Odessa (po rosyjsku). Dr. Moczutkowski: Materyjały do zbadania pod względem lekarskim limanów odeskich. 1876. Odessa (po rosyjsku). Jestto praca prawdziwie poważna i sumienna, do któréj odsyłam każdego, życzącego dokładniéj poznajomić się z własnościami wody limanowéj. Prócz powyższych prac spotykamy tylko pobieżne wzmianki o limanach odeskich w kalendarzykach lekarskich, przewodnikach i niektórych pismach peryjodycznych.

Liman, wyraz z języka tureckiego, znaczy tyle co wylew morski, odnoga. Dziś nazwą limanów oznaczają jeziora, powstałe z wylewów morskich, które oddzieliły się od morza walami naniesionego piasku. Morze Czarne, jak wiadomo, nieustannie się zmniejsza, otóż w chwili swego cofania się zostawiało przed laty po sobie rozległe pasma wód, które przez pewien czas pozostawały jeszcze w bezpośrednim związku z właściwém morzem, — ale gdy w długim szeregu lat fale morskie, wyrzucając z bezdennych otchłani masy piasku i muszli, utworzyły między niemi przegrodę stałą, przeobraziły się w obszerne jeziora. Tego rodzaju jeziór okolice Odessy na wybrzeżach morza Czarnego posiadają kilka; głównemi są: Jezioro Chadżybejskie, Klejnlibentalskie i Kujalnickie czyli Andrzejowskie. Różnią się one jedynie koncentracyją wody, gdyż co do jakościowego składu są sobie prawie równe.

Przeważnie zastanowię się nad jeziorem Kujalnickiém, jako bliżéj mi znaném, a obfitością składników stałych przewyższającém resztę jeziór.

Miasto Odessa leży na północnym brzegu morza Czarnego między 28—29 stopn. długości a 46—47 szerokości geograficznéj. W odległości 8miu wiorst na północ od miasta jezioro limanem kujalnickim zwane rozlega się na przestrzeni 30 wiorst długości, dwóch szerokości. Średnia głębokość jeziora wynosi dwa sążnie; powierzchnia wody znajduje się o 2½ sążnia niżéj poziomu morza. Wzdluż brzegów jeziora wznoszą się piaszczyste wzgórza, utworzone z piasku muszel, gliny i wapna, a pokryte dość cienką warstwę czarnoziemu. To téż łatwo pojąć, dla czego roślinność na owych wzgórzach nie jest bogatą, a zasiane zboża najczęściéj słońce wypala przed ich dojrzeniem. Z drzew, pod cieniem których każdyby się rad schronić przed gorącem dochodzącém do 40° R., znajdujemy głównie akacyje i tamarysy, z innych roślin znajdujemy gatunki Salicornia i Salsola.

Południowo-wschodni brzeg jeziora odległy jest tylko 1½ wiorsty od morza; granicę tworzy niska płaszczyzna, pokryta grzęzawiskiem muszel i piasku.

Od strony południowéj na wzgórzu, śród akacyj i tamarysów, rozsiane wille oczekują na letnich swych gości; u podnóża roztacza się jezioro Kujalnickie, pełne uroku i piękności. Fale wód, ciężkie i powolne, bo ciężar gatunkowy utrudnia ich ruchy; barwa to jasno-srebrzysta od piany unoszącéj się na powierzchni wody, to zielonawa, od wzgórz w wodzie się odzwierciedlających, to nareszcie żółto-różowa co przypisują miryjadom wymoczków.

Na przestrzeni paru set sążni od brzegu jeziora powierzchnia wody pokryta jest lodem solnym, jeżeli tak wyrazić się wolno, to jest grubą warstwą skrystalizowanéj soli kuchennéj. Tu przyroda sama wykonywa pracę tężni i maszyn parowych, pomp i kotłów, których zaklady solne w Kreuznach, Nauheim, Ciechocinku itp. używać muszą. W dni letnie, gdy cieplota powietrza sięga 40° R., ulatnianie się części wodnych w jeziorze jest tak obfite, że na powierzchni wody tworzy się skorupa ćwierć arszyna gruba, a ogólna ilość wytwarzającéj się soli dochodzi do trzech milijonów pudów. Sól dobywają za pomocą łomów żelaznych, w kształcie brył lodu, które tłuką na miałko i zsypują w stósy wielkości stert zboża, wystawiając je przez lat kilka na wpływy atmosferyczne, poczém rozwożą po kraju jako produkt gotowy do użycia.

Taki jest w głównych zarysach krajobraz jeziora Kujalnickiego, miejscowości jak widzimy godnéj uwagi, nie tylko ze względów leczniczych i przemysłowych — ale i przez swój odrębny charakter i fizyjonomiję.

Przed dawnemi wieki może niejeden statek z dalekiego wschodu, przepływając burzliwy pont euxyński znalazł tu swoję mogiłę, niejedna czajka siczowa straciła swego kierownika — a załoga cała na miejscach, po których depczemy, znalazła ostatnie przytulisko.

Taka jest dola przeznaczeń ludzi i miejsc, — gdzie dawniéj śmierć znajdowano, dziś spieszymy po skarby, zdrowie życie!

Woda jeziora Kujalnickiego jest przeźroczysta, z odcieniem żółtawym. Woń przypomina zapach wody morskiéj; smak gorzko-słony. Koncentracyja, a stąd i ciężar gatunkowy nie są stałe, zależą bowiem od wpływów atmosferycznych, jak obfitość śniegów w porze zimowéj, deszczów na jesień i wiosnę, niemniéj od wysokości ciepłoty powietrza w porze letniéj. Tak na wiosnę koncentracyja wody bywa mniejszą, powiększa się zaś pod jesień skutkiem parowania wody.

Rozbiór chemiczny wody jeziora kujalnickiego, wykonany w pracowni Uniwersytetu odeskiego przez Petrowa w r. 1870, miesiącu sierpniu wykazał:

Ciężar gat. przy 18·5° C. wynosił 1,17782.
Koncentracyja według Baumégo 22°.
W 100 częściach wody części stałych 22,057;

a mianowicie: chlorku sodu	13,795
„ magnu	7,286
„ potasu	0,304
„ wapniu	0,058
Bromku magnu	0,087
Siarkanu wapniowego	0,527
	22,057.

Na dnie jeziora, w zagłębinach i jamach, znajduje się obfita ilość iłu, pokrytego cienką warstwą piasku. Barwa iłu jest czarna; smak gorzko-słony; woń siarkowodoru. Ił est konsystencyi miękkiéj, masłowatéj, po większéj części wolny od domieszki piasku i muszel.

Rozbiór chemiczny iłu według prof. Hassagena:

Ciała rozpuszczalne w wodzie:	
chlorku sodu	1,650
„ potasu	0,096
„ magnu	6,859
jodku sodu	0,051
dwuwęglanu wapniowego	1,060
bromku magnu	0,090
siarkanu magnowego	0,931
Ciała nierozpuszczalne w wodzie:	
węglanu wapniowego	36,250
siarkanu wapniowego	33,210
węglanu magnowego	11,680
związków glinki	12,130
kwasu krzemowego	3,060
siarkanu żelazowego	1,520

tlenku żelaza	0,504
ciał organicznych	1,610.

Ił wysuszony i rozżarzony do czerwoności, na 100 części traci wody i istót organicznych 32,2 części. Zawiera do 5·8% gazu kwasu węglowego, siarkowodowego i węglowodoru.

Prócz wody i iłu używa się jeszcze w celach leczniczych piasku i piany.

Brzeg jeziora składa się z gruntu piaszczystego, piasek jest czysty, ziarnkowaty, często z domieszką muszel. Ciepłota piasku na powierzchni sięga wyżéj 40° R. Piasek ten używanym bywa do okładania części bolesnych, w gośćcu, obrzękach zapalnych i wypocinach.

Przy lekkim nawet wietrze tworzy się na brzegach jeziora wielka obfitość piany, posiadającéj woń siarkowodoru, smak gorzko-słony; ciepłota jéj dochodzi do 27° R. Chorzy używają piany do nacierania ciała przed kąpielą.

Jezioro Kujalnickie zaliczyć należy na podstawie składu chemicznego do surowic, czyli wód słonych, które drogą naturalnego ulatniania się przy ciepłocie wysokiéj w porze letniéj, przeobrażają się w roztworzyny solne czyli żoły (*Mutterlauge*). Wody takie nie są do użycia wewnętrznego z powodu swéj koncentracyi, ostrości i smaku przydatne, używane więc są tylko do kąpieli.

Działanie kąpieli w wodzie kujalnickiéj zależy głównie od obecności soli kuchennéj, w tak znacznéj ilości w niéj zawartéj, i zasadza się, jak wszystkich kąpieli słonych, 1. na drażnieniu skóry, przez co ułatwia się krążenie krwi na powierzchni ciała, 2. na zwiększeniu przeziewu skórnego, przez co łatwiéj wydziela się z ustroju wiele wytworów pozostających z przemiany materyi, 3. na drażnieniu nerwów obwodowych, które przesyłając bodźce te do ośrodków nerwowych, potęgują drogą oddechową wszelkie czynności ustroju. Dr. Moczutkowski w zwyż przytoczonéj pracy przypuszcza możebność wsiąkania żoły do gruczołów skórnych i torebek włosowych, sądząc, że może się to odbywać tą samą drogą, jak wsiąkanie leków w postaci maści wcieranych; główną rolę odgrywa tu mechaniczna czynność wcierania, takowe zaś wykonywa każdy chory wchodząc do kąpieli. Prócz tego sądzi, że ciśnienie na powierzchnię ciała tak zgęszczonego roztworu soli skutkiem ciągłego falowania wody, może nawet zastąpić samo wcieranie. Jestto przypuszczenie bardzo prawdopodobne i uzasadnione.

Kąpiele w jeziorze Kujalnickiém używane są w wszelkich cierpieniach, wynikłych z upośledzonego odżywiania, bez względu, czy przyczyna takowych polega na nieprawidłowém wyrabianiu się krwi, lub w upośledzonéj czynności układu nerwowego.

A mianowicie 1. w zołzach, 2. w chorobach skórnych: wyprysk, liszaj, świerzbiączka, 3. w przewlekłych nieżytach błon śluzowych, 4. w celu przyspieszenia wessania wypocin, pozostałych po sprawach zapalnych, 5. przeciw następstwom późnéj kiły, 6. w przewlekłym reumatyzmie, 7. w chorobach części rodnych kobiecych.

Przeciwwskazania zaś stanowią 1. Choroby gorączkowe, 2. choroby płuc i serca, 3. znaczne wyniszczenie, 4. usposobienie do krwotoków, 5. choroby mózgu.

Zakład leczniczy założony został w r. 1833 przez Dra Andrzejewskiego. Obecnie jest własnością miasta Odessy i oddanym został w dzierżawę Drowi Bertensonowi, któremu głównie zawdzięcza dzisiejszy swój stan i rozwój. Zakład posiada 15 oddzielnych gabinetów dla kąpieli wodnych i iłowych. Sposób ogrzewania wody do kąpieli odbywa się według prastarego zwyczaju w prostych kotłach, i szczerze żałować należy, że nie zastósowano w tym względzie sposobu Pfriema lub Schwarza. Przytém zdaje mi się być niewłaściwym kształt wanien dla kąpieli iłowych; wanny te mają tu postać trumny; chory pozostawać w nich może tylko w pozycyi leżącéj i to nieruchomo. Już sama czarna, gęsta masa, do któréj się wstępuje, wstrętny ma widok i nie sprawia miłego wrażenia, tém bardziéj gdy się widzi przed sobą tę ostatnią lepiankę, z któréj się nigdy nie wraca. Nie tylko człowiek chory zbolały i cierpiący, drażliwy, ale nawet zupełnie zdrowy i wesoło usposobiony dozna mimowolnie nie miłego wrażenia, gdy mu się na widok takiéj wanny przypomni podróż do lepszego świata, — wprawdzie konieczna lecz nie zbyt pożądana. Na prawdę nie wiem, jakie zarząd zakładu mógł mieć cele urządzając wanny podobnego kształtu; czy czynił to nie zdając sobie sprawy, co czyni; czy może kierowała nim pobudka moralna, by przypomnieć choremu marności tego świata, czy też ze względów ekonomicznych, by zaoszczędzić błota....

Dla osób kąpiących się w samém jeziorze urządzone jest zbiorowisko, rozległe na 2000 sążni kwadratowych, z osobnemi gabinetami do rozbierania się na 250 osób.

Przy zakładzie znajduje się restauracyja i pokoje umeblowane (opłata 25—50 rubli miesięcznie za pokój); prócz tego jest wiele dobrze urządzonych domów i will, nie należących do zakładu.

Kommunikacyję z Odessą, odległą 8 wiorst od zakładu, tworzy kolej żelazna, 5 do 7 pociągów dziennie łączy miasto z zakładem.

Kąpiele w jeziorze zaczynają się w połowie czerwca a trwają do połowy września. Ciepłe kąpiele w zakładzie poczynają się już w połowie maja.

Podaję tu nareszcie koszta kąpieli.

W zakładzie:	Kąpiel błotna		1 rub.
	„ wodna ciepła		75 kop.
	„ „ zimna		50 „
W jeziorze:	1éj klasy kąpiel		15 „
	2éj „ „		10 „
dla dzieci	1éj „ „		18 „
	2éj „ „		5 „

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. Ospa rzadziéj się szerzyła w Londynie (w ciągu 8 tygodnia). Umarło 13, leczyło się w szpitalach 13, świeżo zapadło 57. W Wiedniu umarło 15, w Pradze 12, w Bukareszcie 46, w Paryżu 70. W Hiszpanii wzmogła się ospa a złagodniała w Austryi i w Węgrzech. W Petersburgu umarło 6, w Genewie i Wenecyi umarło po 1. Dur złagodniał w Paryżu, umarło 73; w Petersburgu umarło z duru osutkowego 47, z duru brzusznego 30, z duru powrotnego 24. Z krztuśca umarło w Londynie 171. W tygodniu 9 umarło w Krakowie: 3 z ospy, 2 z dławca, 1 z duru brzusznego, 1 z czerwonki, 1 z róży, a doniesiono w tymże czasie o 8 przypadkach ospy, 1 ospicy, 1 płonicy, 4 duru brzusznego, 1 duru osutkowego, 1 czerwonki, 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 8 umarło na 1000 i rok w Krakowie 33,5; we Lwowie 38,1; w Warszawie 29,4; w Poznaniu 29,3; w Wiedniu 31,4; w Budapeszcie 35,8; w Pradze 41,7; w Tryjeście 39,3; w Berlinie 26,5; w Mnichowie 35,1; w Wrocławiu 29,6; w Dreźnie 26,0; w Lipsku 21,4; w Genewie 30,2; w Bazylei 36,7; w Brukseli 26,6; w Paryżu

36,0; w Londynie 28,7; w Kopenhadze 36,5; Stokholmie 22,6; w Chrystyjanii 17,9; w Petersburgu 50,2; w Odesie 44,2; w Rzymie 54,4; w Wenecyi 42,5; w Bukareszcie 54,5; w Madrycie 49,5; w Barcelonie 28,6; w Aleksandryi 36,8; w Bombayu 35,6; w Madrasie 46,0. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków.** d. 10 marca. Wszystkie prawie czasopisma niemieckie powtarzają za *„Corresp, f. Deutsch. Buchdrucker“* sześć przykazań dziennikarskich, z których i my pozwalamy sobie przytoczyć pierwsze 4, jako i do naszych stosunków odnoszące się. Przykazania dla tych, którzy z redakcyjami pozostają w stosunku korespondencyi piśmiennéj. 1) Pisz tylko na jednéj stronie kartki, ponieważ często zachodzi potrzeba przecinania kartki na kilka części celem rozdzielenia ich pomiędzy kilku zecerów. 2) Pisz jasno i dokładnie, szczególnie pisz czytelnie wszystkie nazwiska i wyrazy obce, ponieważ nie masz prawa męczenia redaktora, korektora i zecera odcyfrowaniem twoich hieroglifów. 3) Nie pisz charakterem mikroskopijnym, z uwagi, że zecer czytać musi rękopism na odległość $^1/_2$ metra i że redaktor częstokroć musi robić w nim zmiany. 4) Nie zaczynaj nigdy pisać od samego brzegu górnego kartki, ponieważ redaktor czasem zmienia napis lub dopisuje jakieś uwagi dla zecera.

Zadanie redakcyi byłoby w wysokim stopniu ułatwione, gdyby szan. współpracownicy zechcieli stósować się do powyższych zasad. Dosyć częste wykraczanie przeciw nim daje się i nam we znaki, zwłaszcza w ostatnich czasach z powodu większego napływu artykułów. Każdy rękopism przejść musi przez ręce redaktora, korektora i zecera, musi zatém być czytelny i zrozumiały dla nich wszystkich. Z uwagi, że czasem nadchodzą do redakcyi istne bruliony lub rękopismy rzeczywiście mikroskopijne, Komisyja redakcyjna uchwaliła, aby na przyszłość manuskrypta takie zostały na koszt autora odpisane, zanim je redaktor przejrzy i do druku przygotuje; co znów pociąga za sobą koszt i zwłokę. Nierównie prędzéj moglibyśmy uczynić zadosyć wymaganiom pp. współpracowników, gdyby wszystkie rękopismy nadchodziły czytelne i już na czysto odpisane Upraszamy więc szan. kolegów, aby przez zastósowanie się do powyższych zasad zechcieli ułatwić redakcyi trudne jéj zadanie.

* Kilku profesorów w Edymburgu postanowiło niedawno wydać książkę, którаby żadnym błędem drukarskim nie była zeszpeconą. Dziewięciu uczonych mężów zajęło się korektą tego dzieła i przekonani, że ani na lekarstwo nikt błędu znaleść w niém nie zdoła, przyrzekli 10 funtów szterlingów nagrody temu, ktoby wyszukał omyłkę drukarską. I otóż znalazła się ona i to w samym tytule dzieła!! Jeżeli taki błąd drukarski znalazł się w książce, któréj każdy arkusz dziewięć razy był przeglądany i rewidowany nie przez jedną lecz przez dziewięć osób i to w największym spokoju i bez pośpiechu, o ile łatwiéj znaleść się może błąd drukarski w piśmie codziennie wychodzącém, które w kilku godzinach musi być zredagowane, złożone, skorygowane, wydrukowane itd. Prawdziwie wykształcony czytelnik musi być wyrozumiałym na wszelkie pomyłki drukarskie. (*Kur. Warsz.)*

* Dr. A. Adamkiewicz, mianowany niedawno profesorem zwyczajnym patologii doświadczalnéj w tutejszym Wydziale lek. już przybył do Krakowa dla objęcia swéj posady.

* Znany okulista Mooren w Düsseldorfie obchodził w przeszłym tygodniu uroczystość zapisania do dziennika chorego, który jest z kolei 100,000ny. Mooren wykonał dotąd 16,746 większych operacyj ocznych, samych operacyj zaćmy 3700. Jubileusz ten całe miasto obchodziło uroczyście. *(Berl· klin. Wochft.* Nr. 10).

* **Warszawa.** W państwie rosyjskiém istnieje 68 towarzystw lekarskich, z pomiędzy nich wiele istnieje tylko na papierze; tak np. towarzystwa kijowskie i tambowskie podczas $1^1/_2$ roku żadnego nie odbyły posiedzenia.

W Moskwie umarł prof. chirurgii teoret. Basow. Wydział lek. tameczny napotyka trudności w znalezieniu następcy. W ogóle brak chirurgów w Rosyi bardzo czuć się daje. (*Medycyna).*

* **Praga czeska.** Znakomity pedyjatryk i uczony prof. Ritter zapadł bardzo ciężko na zdrowiu.

* **Mianowania i odznaczenia.** Radzca lekarski i koncepista sanitarny w Namiestnictwie czeskiém Dr. Alojzy Witowski otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa. — Dr. Briegner zamianowany został prymaryjuszem oddziału chirurg. w szpitalu WW. Świętych w Wrocławiu. — Dr. Gersuny, operator ze szkoły Billrotha, mianowany został chirurgiem ordynującym w szpitalu dziecięcym Riedla we Wiedniu. — Asystenci prof. Billrotha Mikulicz i Wölfler potwierdzeni zostali jako docenci prywatni chirurgii. — Prof. nadzw. Lumnitzer w Budapeszcie mianowany został zwyczajnym profesorem chirurgii i otrzymał 2gą klinikę.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień Dra w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Jan Sołowski.

* **Nekrologija.** We Wiedniu umarł w 72gim roku życia Dr. med. Maurycy Auspitz, ojciec prof. dermatologii Henryka Auspitza. — W Zagrzebiu umarł Dr. A. Schwarz, radzca sanitarny i sekretarz rządowy w departamencie sanitarnym, w 47 roku życia, lekarz wielce dla Chorwacyi zasłużony. — W Norwich w Anglii umarł ginekolog Dr. Edward Copemann, w Windsorze Dr. Tomasz Fairbank w 36 roku życia, chirurg przyboczny królowéj angielskiéj; w Vannes we Francyi Dr. Trémant, lekarz zakładu dla obłąkanych, w 39 roku życia, w Algierze zaś Dr. Roman Legoff, znany z prac histologicznych, umarł skutkiem zapalenia opłucnéj ropnego, jako ofiara poświęcenia swego dla bliźniego, pozwoliwszy na przetoczenie krwi swéj na korzyść rannego wojownika.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 10: Talki-Hryncewicza: Dwa przypadki drgawek porodowych; hr. Krasińskiego: Kwestyja sanitarna m. Warszawy (c. d.) — W *Medycynie* Nr. 10: Gajkiewicza: O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych; Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorób piersiowych w Mieni (c. d.)

Piśmiennictwo lekarskie. W myśl uchwały Tow. lekarskiego naszego prenumeratorowie Przeglądu Lek. otrzymali razem z Nrem 10 z d. 6 bm. „Słowniczek wyrazów psychijatrycznych opracowany przez prof. Janikowskiego, Kraków 1880, nakładem Tow. lek. krak. in 8vo str. 16.“ Jest to wyjątek ze słownika terminologii lek. polskiéj, przygotowanego do druku przez komisyję terminologiczną Tow. naszego; wyjątek ten sposobem próby ogłoszony został drukiem, aby kolegom, których psychijatryja zajmuje, dać sposobność do uczynienia swych uwag. W rzeczy saméj Komisyja obrała dział najtrudniejszy, a w szczególności udało się wydawcy oczyścić prawdziwą stajnię Augijasza przez sprowadzenie niezliczonych synonimów, w które psychijatryja obfituje we wszystkich językach, do wspólnych i racyjonalnych mianowników, przez co piszący po polsku ma nie tylko ułatwioném odnalezienie odpowiedniego wyrazu polskiego, ale zarazem dowiaduje się, że w psychijatryi jest dużo szumnych wyrazów, a pojęć stósunkowo mało. Układ słowniczka jest wzorowy, druk piękny, dla oka miły, papier dobry.

Przejrzawszy uważnie cały słowniczek znaleźliśmy atoli niektóre wyrazy, co do których z szan. wydawcą nie zgadzamy się i dlatego pozwalamy sobie poczynić tu niektóre nad niemi uwagi. I tak uważamy wyraz zbałwanienie *(amentia)* za zbyt trywialny i całkiem zbyteczny. Idyjotyzm wolelibyśmy nazywać idyjotyzmem albo głupotą a nie niedołęztwem, bo do tego wyrazu wypadałoby koniecznie dodać: wrodzone lub wcześnie nabyte. Otępienie obojętne jest zbyt wiernem tłumaczeniem wyrazów: *dementia apathica*, a w języku polskim dwuznaczne; wypadałoby koniecznie powiedzieć: niedołęztwo połączone z obojętnością *Exaltatio maniaca* dobrze tłumaczy autor przez podniecenie szałowe, tém zbyteczniejszym bo dwuznacznym jest dodatek: podniecenie szalone. *Folie raisonnante* niestósownie jest tłumaczone przez obłąkanie rozprawiające, już prędzéj zgodzilibyśmy się na obłąkanie rozumujące, a raczéj na obłąkanie z rozumowaniem. Nie fortunnym i całkiem zbytecznym jest wyraz: bożobłąd na *mania religiosa*, wystarcza bowiem w zupełności: Obłąd religijny. *Querulantenwahn* (mylnie pisane *Quärulantenwahn)* autor nazywa obłędem pieniackim, my wolelibyśmy go nazwać: obł. pieniaczym. Nie zgadzamy się także na obłąd złodziejski *(kleptomania)*, bo nie jest to obłąd, któryby się zdarzał pomiędzy złodziejami; wypadałoby go nazwać obłędem kradzieży, albo zatrzymać wyraz kleptomania. Wyraz: Obłąd mężobójczy przypomina nam Homerowskie walki, z któremi

psychijatryja nic nie ma wspólnego; wystarcza: obłąd morderczy. Niestósownêm jest następnie tłumaczenie wyrazu: *Präcordialangst* przez: udręczenie przysercowe; jest to objaw polegający na uczuciu trwogi, biorącéj początek w dołku żołądkowym; tu nie ma rady, jednym lub dwoma wyrazami nie opiszemy tego, co Niemcy tym sztucznie złożonym wyrazem oznaczają. Wyrazy: *haut mal* i *petit mal* wolelibyśmy tłumaczyć: napad większy i mniejszy padaczki; jeżeli bowiem pierwsze nazwiemy szałem padaczkowym a ostatnie obłędem padaczkowym z trwogą, to czytelnik nie będzie wiedział, czy szał lub obłąd jest wyższym stopniem, a niejeden gotów właśnie obłąd uznać za stopień wyższy. O tłumaczeniu wyrazów: *mania partialis*, *phantasia* i *Vorstellungsvermögen* pisaliśmy już przy innéj sposobności.

Daléj spostrzegliśmy na prędce brak niektórych wyrazów niezbędnych, jak np. *Dispositionsfähigkeit*, *Epilepsia larvata*, *Intellectus*, *Intelligenz*.

Wreszcie wyrazy: *No restraint* kilkakrotnie podane są w pisowni błędnéj: *no restreint*; przy wyrazach zaś: *Cagots*, *Cretins*, matołki, dodane są słowa, przy pierwszym: we Francyi wzdłuż wybrzeży oceanu atlantyckiego, przy ostatnim: szczególnie w wąwozach okolic górzystych; dodatek ten naszém zdaniem jest zbytecznym, bo matołki znachodzą się i w równinach, np. lombardzkiéj.

L. B.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę tj. dnia 17go marca o godzinie 5téj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém: 1) Kol. Dr. Glück mówić będzie o istocie przyrzutu szankrowego, a 2) Kol. Dr. Kohn poda do wiadomości przyczynek kazuistyczny do drenowania macicy choréj po porodzie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 20 marca 1880. Nr 12. Rok XIX.

TREŚĆ: I. OBTUŁOWICZ. Zator tętnicy płucnéj z przebiegiem nader pomyślnym. — II. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r. WEHR. Zmiażdżenie łokcia i ramienia. Wyłuszczenie pierwotne w stawie barkowym. Wyzdrowienie. (Dok.) — III. *Oceny i sprawozdania*: Prof. COHNHEIMA: Gruźlica ze stanowiska nauki o infekcyi. PARROTA: O przedziurawieniach kości czaszkowych u niemowląt. Przez Dra Kwaśnickiego. RINGER. PENZOLDT. HOFMANN. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — V. *Wiadomości bieżące.*

I. Zator tętnicy płucnéj z przebiegiem nader pomyślnym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz.

W dziale literatury lekarskiéj omawiającym choroby naczyń napotykamy nie rzadko na przypadki zatoru tętnicy płucnéj, kończące się zazwyczaj śmiercią po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu pełnego cierpień; w ogóle jednak do rzadkich wyjątków policzyć należy przypadki ze zejściem pomyślném, szczególniéj jeżeli wszystkie przypady cechujące to niezwykłe cierpienie dochodziły do stopnia groźnego za życia. Źródło dla zatoru tętnicy płucnéj, jak to dzięki badaniom Virchowa powszechnie już wiadomo, stanowi zakrzepica, występująca gdziekolwiek w układzie naczyniowym żylnym, czy to w żyłach zaopatrujących odnogi dolne, zwłaszcza w tak zwanych żylakach ocieklinowych, czy to znów pojawiająca się w splotach żylnych wieńczących macicę, szczególniéj przy zwijaniu się jéj po porodzie; czy też wreszcie pomijając już inne narządy ogarniająca zakątki serca prawego, zwłaszcza jego uszko. Jeżeli zaś gdziekolwiek w układzie żylnym wytworzą się skrzepy, to ustrój takiego chorego zawsze jest narażonym na groźne niebezpieczeństwo, częstokroć bowiem nieznaczna przyczyna, jak np. ruch szybszy lub nagłe wstanie z łóżka, wystarczy do oderwania się kawałka skrzepu i zaczopowania mniejszéj lub większéj gałęzi tętnicy płucnéj. Dalszy przebieg cierpienia zależy już od wielu warunków, między któremi wielkość zatoru i szybkość wyrównania się krążenia za pomocą obiegu pobocznego najważniejszą odgrywają rolę. Po bliższe szczegóły odnoszące się do całego obrazu chorobowego, który na lekarzu praktycznym z powodu jego bezsilności nader przykre robi wrażenie, odsyłam szan. czytelników do pięknéj pracy Gerhardta, umieszczonéj w zbiorze Volkmanna Nr. 91 (*Der haemorrhagische Infarkt, Leipzig 1875*), jako téż do cennéj rozprawki prof. Henniga z Lipska umieszczonéj w *„Deutsches Archiv für klinische Medicin Bd. XV 1875*, str. 436. *„Die Embolie der Lungenschlagader bei Schwangeren und Wöchnerinnen,“* które to prace służyły dla mnie obok rozpatrzenia się w zbiorach Virchowa i Hirscha za wyborną nitkę przewodnią przy kreśleniu poniżéj opisanego przypadku, powziętego z praktyki prywatnéj. Ta też ostatnia okoliczność powinna mi z jednéj strony zjednać pobłażanie szan. czytelników, jeżeli pominę jaki drobniejszy szczegół lub nie dość umiejętnie wyczerpnę przypadek obserwowany, z drugiéj strony zaś nie wątpię, że ich skłoni do uważnego odczytania tego przyczynka do kazuistyki chorób naczyniowych, zwłaszcza że im może służyć niejako za illustracyję do przypadków podobnych, mogących w praktyce się zdarzyć niejednokrotnie.

A. S., człowiek zamożny i nadzwyczaj otyły, bo ważący do 250 funt., liczący lat 65, nie przebywał w swém życiu żadnych chorób cięższych; w ostatnich latach dziesięciu wyjeżdżał z powodu otyłości corocznie prawie do wód karlsbadzkich. Chodził zawsze dobrze i nie miewał nigdy żadnych owrzodzeń ani nawet darcia w odnogach dolnych. W kwietniu r. 1870 z przyczyny niewiadoméj zauważył lekki obrzęk w dolnéj połowie podudzia lewego; zawezwany prof. Dr. Rosner zalecił spokój i okłady ex aq. Saturnina na odnogę ułożoną na płaszczyźnie lekko pochyłéj. Rozpoznanie odnosiło się do lekkiego zapalenia wzdłuż żyły kostkowéj większéj. Chory lekceważąc sobie to nieznaczne zrazu cierpienie, nadto z natury już porywczy i niecierpliwy, nie przestrzegał ściśle przepisów swego lekarza, a gdy nadto przy przenoszeniu go z łóżka na kanapę nieuważny służący szarpnął silnie odnogę chorą, stan pogorszył się znacznie, tak że dnia 1 maja r. z. przy naradzie złożonéj z profesorów Bryka i Rosnera jakoteż sprawozdawcy obraz chorobowy przedstawił się w sposób następujący:

Mężczyzna wzrostu wysokiego, bardzo dobrze zbudowany i jak na wiek swój dosyć jeszcze krzepki, cery twarzy bladéj, z podściółką tłuszczową nader obficie rozwiniętą, zwłaszcza pod skórą brzucha, którego powłoki w postaci dwu grubych fałdów zakrywają obie okolice pachwinowe i uciskają miernie naczynia udowe, a szczególniéj żyły po-

wierzchownie ułożone; ciepłota ciała prawidłowa, tętno przyspieszone, nie zbyt pełne, miękkie, 84 na minutę. W organach wewnętrznych nie wykryto żadnego ważniejszego zboczenia; w płucach szmery oddechowe prawidłowe, tony serca czyste. Co do cierpienia miejscowego, to cała odnoga dolna lewa, szczególniéj zaś dolna jéj połowa okazuje się w dość znacznym stopniu obrzękłą. Skóra na podudziu mocno zaczerwieniona, napięta, zwłaszcza w okolicy przodkowowewnętrznéj; kostek obu zupełnie nie znać. Na powierzchni tylnéj tegoż podudzia widać liczne pęcherze na tle skóry zaczerwienionéj, powstałe skutkiem podniesienia przyskórka przez ciecz surowiczą, nieco mętną, pod nim nagromadzoną. Ciepłota miejscowa téj odnogi wyższa niż odnogi prawéj zdrowéj a za uciskiem tworzy się dołek dość szybko się wypełniający, co świadczy o świeżém powstaniu obrzęku. Chory skarży się na ból w całéj odnodze, szczególniéj w podudziu wzmagający się za uciskiem. Cały obraz chorobowy robi na pierwszy rzut oka wrażenie zapalenia różycowatego skóry i tkanki łącznéj podskórnéj (*Phlegmone*), tylko że mimo najtroskliwszego badania nie można było ani powierzchownie, ani w głębi wyczuć najmniejszego chełbotania. Przy śledzeniu przebiegu żyły kostkowéj większéj wymacać można w miejscu jéj i wzdłuż jéj przebiegu sznurek okrągławy, przypłaszczony, grubości przeszło pióra gęsiego, który gubi się dopiero w połowie uda. Na podstawie tego rodzaju danych stwierdzono w całości rozpoznanie powyższe, tj. zapalenie ścian żyły kostkowéj większéj, któremu towarzyszy zakrzepica w jéj środku, a rozpoznanie to tłumaczyło bardzo dobrze przypady powyżéj opisane, szczególniéj zaś: obrzmienie odnogi wraz z zaczerwienieniem skóry w postaci szerokiéj wstęgi, wzdłuż przebiegu żyły wspomnianéj, które było prostém następstwem utrudnionego odpływu krwi żylnéj z odnogi, z powodu zaczopowania głównéj żyły skórnéj w znacznéj części jéj długości.

Co do zabiegów terapeutycznych, to zalecono tak jak dawniéj, spokój przedewszystkiém i okłady zimne z wody ołowiowéj trzymanéj w lodzie. Pęcherze na podudziu ponakłówano, miejsca te pokryto płatkami z cienkiéj ceratki (*Protectiv-silk*). nogę zaś ułożono na płaszczyźnie lekko pochylonéj w łóżku umyślnie zbudowaném z podstawką przesuwalną dla podparcia głowy. Leków na wewnątrz, prócz wody gorzkiéj w razie potrzeby, nie podano żadnych, a co do dyjety, to ograniczono się do potraw posilnych, mięsnych, lekko strawnych, z wykluczeniem wszelkich legumin.

Pod względem ajtyjologii przypadek ten pozostał dla nas o tyle ciemnym, że nie można było wykazać żadnéj zewnętrznéj przyczyny, którąby działając wprost zewnętrznie mogła była wywołać zapalenie to żyły podskórnéj; badanie zewnętrzne nie wykazywało wydatnego rozdęcia żył powierzchownych na obu odnogach dolnych, trzeba było zatém przy tłumaczeniu sprawy chorobowéj uciec się do przypuszczenia osłabionéj funkcyi serca, którego mięsień przy tak znacznéj otyłości niezawodnie jest pokryty grubą warstwą tłuszczu. Płaszcz taki otulający serce może w pewnym stopniu utrudniać energiczne kurczenie się jego, co zupełnie licuje z tętnem niezbyt pełném, miękkiém i w porównaniu z ciepłotą ciała dość szybkiém, bo przechodzącém zazwyczaj 80 uderzeń na minutę. Dodawszy do tego owe wyżéj wspomniane fałdy powłok brzusznych uciskające żyły skórne na obu udach i utrudniające odpływ krwi żylnéj z odnóg dolnych, powolniejszy już nawet w stanie zupełnie prawidłowym, łatwo wytłumaczyć sobie możemy, że przy podobném usposobieniu chorego nie zbyt znaczne nawet zadziałanie szkodliwości zewnętrznych, na które chory może nawet nie zwrócił baczniejszéj uwagi, mogło sprowadzić zapalenie żyły z następowém jéj zatkaniem, czyli krótko mówiąc, cały powyżéj skreślony obraz chorobowy.

Aby ile możności nie dopuścić potęgowania się cierpienia miejscowego, zalecono celem uniknięcia wszelkich szkodliwości przy przenoszeniu tego zbyt otyłego, a ztąd i ciężkiego chorego, zbudować łóżko tego rodzaju, aby za pomocą odpowiedniego przyrządu można chorego wywindować do góry, podczas gdy właściwe łóżko prześcielano. W tym téż celu zrobił stolarz miejscowy p. Tabulski, według wskazówek podanych przez prof. Bryka, łóżko mocne z podstawką przesuwalną pod głowę. Do boków łóżka tego były za pomocą ukośnie ułożonych sztab żelaznych przymocowane ramy z trzema silnemi i szerokiemi wstęgami, zrobionemi z płótna żaglowego, na których spoczywał chory. Przez pociągnięcie klamry przybitéj do krótszego boku ram powyższych, odpowiadającego nogom i pomaganie drążkiem przesuniętym przez haki przytwierdzone do przeciwległego boku krótszego, odpowiadającego głowom, można ramy te wznieść wraz z chorym dość wysoko po nad łóżko właściwe; wysokość ta oczywiście odpowiada długości sztab żelaznych. Tym sposobem odnoga chora mogła zawsze pozostać w zupełnym spokoju, bo czy to w celu przesłania łóżka, co okazywało się rzeczą niezbędną podczas gorącéj pory roku, czy téż znów przy oddawaniu stolca trzeba było tylko pociągnąć ramy do góry, do czego wystarczało dwu ludzi, poczém można było z wszelką swobodą czynność odpowiednią załatwić. Następnie spuszczono powoli chorego, wyciągnięto pas środkowy i chory spoczywał na świeżém prześcieradle. Dodany przyrząd z kółkiem zębatém i poruszany korbą mógłby oczywiście zastąpić nawet bardzo dobrze i klamrę i drążki, a jedna osoba mogła była wystarczyć zupełnie do wywindowania chorego.

Przy tak dogodnych urządzeniach, na które kosztów nie szczędzono i przy nader troskliwéj opiece lekarskiéj stan nogi choréj polepszał się z dniem każdym, zaczerwienienie wzdłuż żyły kostkowéj ustępowało zwolna, również i obrzęk od uda ku kostkom niemal z dniem każdym się zmniejszał, a wymiary objętości nogi w połowie podudzia robione i porównywane z objętością nogi zdrowéj przekonywały dostatecznie o pomyślnym przebiegu cierpienia. Po dwu tygodniach usunięto téż i okłady z wody ołowiowéj trzymanéj w lodzie a miejsca obnażone z przyskórka opatrywano maścią z niedokwasu zynku. (Zinci oxyd. 5,00, ung. emoll. 40,00).

Kiedy już stan chorego był względnie zadowalający i wkrótce nawet spodziewać się należało, że chory będzie mógł łóżko opuścić, wystąpiły nagle i nadzwyczaj gwałtownie przypady cierpienia, którego obawialiśmy się od początku choroby; gdyż jak już powyżéj wspomniałem, gdzie jest zakrzepica, tam sama przez się nasuwa się groźna obawa przed zatorem. Napad zatoru tętnicy płucnéj wystąpił dnia 15 czerwca o godzinie 5 zrana. Chory przebudził się i począł się uskarżać na ogromną duszność i brak powietrza, a prof. Rosner, który przybył natychmiast z pomocą lekarską, stwierdził wybitne objawy cierpienia tego grożącego śmiercią choremu. Na twarzy zsiniałéj cierpiącego malował się głęboki zapad połączony z wyrazem ogromnego przestrachu, zimny pot kroplami spływał po bladém jego czole; tętno nadzwyczaj szybkie i nitkowate nie dające się policzyć, ruchy oddechowe również szybkie i malujące dobrze ten niedostatek powietrza potrzebnego do spraw życiowych, a chory co kilka

sekund wołał z trwogą i rozpaczą, łapiąc się za piersi: „Ratujcie, powietrza, tchu mi brakuje.“ Ręce i nogi zimne, płatki czarne latające przed oczami i poznawanie najbliższych nawet osób z rodziny tylko po ich głosie, ból głowy i szum w uszach świadczą o nagłéj niedokrewności mózgu. Zalecono natychmiast podawać co ½ godziny mały kieliszek mocnego wina węgierskiego. Koło godziny 9téj z rana miałem sposobność robienia spostrzeżeń osobiście w tym rzadkim przypadku chorobowym. Tętno wtenczas chociaż zawsze nikłe i bardzo szybkie dało się już policzyć, uderzało 150 razy na minutę; oddechy szybkie i forsowne, a stękania i prośby o ratunek, o powietrze, ciągłe, niemal bez przerwy. Prof. Bryk przybył również wkrótce, a wynikiem wspólnéj narady było, aby co ½ godziny choremu podawać po kieliszku mocnego wina węgierskiego, tak jak już to poprzednio zrobiono, a nadto po 20 kropli Liquoris amonii anisati naprzemian z winem; prócz tego zalecono postawić czterdzieści baniek suchych na klatkę piersiową celem zmniejszenia nawału krwi do płuc i od czasu do czasu stawiać gorczyczniki Rigolotta. Rozpoznanie jednomyślnie odnosiło się do zatoru większéj jakiejś gałązki tętnicy płucnéj po stronie prawéj, gdyż jak doświadczenie kliniczne poucza, po stronie prawéj zdarzają się nierównie częściéj zatory i zawały krwotoczne w następstwie, prawdopodobnie z powodu większego światła gałęzi prawéj tętnicy płucnéj i silniejszego prądu krwi tamże; a z rozpoznaniem tém licowały nie tylko użalania się chorego na kłócie i ból w boku prawym, obok obfitszych rzężeń wilgotnych pokrywających płuco prawe, ale głównie zniknięcie nagłe znacznego, bo do 6 cm. dochodzącego czopu z części udowéj żyły saph. maj. Hennig (l. c. str. 446) stwierdza, iż w literaturze znalazł między 13 przypadkami zatoru tętnicy płucnéj 9 razy zaczopowanie gałęzi prawéj, 2 razy tylko lewéj, a 2 razy zarówno prawéj jak i lewéj.

Po postawieniu baniek i pokrzepieniu sił chorego lekami podniecającemi czynność serca, tętno nieco zrzedniało i stało się wybitniejszém, a i napady duszności nie tak często się pojawiały, tak że chory tylko co pół minuty błagał „o ratunek i o powietrze.“ Tętno uderzało 132—140 razy na minutę, oddychanie było szybkie, odpowiadając nieledwie sekundom. W nogi postawiono kamionki z ciepłą wodą, na ręce zaś zimne i zimnym potem pokryte zastósowano kąpiołki z gorczycy.

Koło południa zaczął chory się uspokajać, tętno stało się nieco pełniejszém, uderzało 120 razy na minutę, a napady duszności powtarzały się co kilka minut. Przy powtórnéj naradzie lekarskiéj zalecono postawienie raz jeszcze dwudziestu baniek suchych na przodkową i boczne ściany klatki piersiowéj i podawanie w większych już odstępach czasu, bo co 3 kwadranse, wina i Liquoris amonii anisati. Popołudniu chory posilił się trochę tęgim rosołem, a nadzieja ocalenia go była już tém większą, o ile że napady duszności ciągle rzedniały, tak że koło godziny 5téj już prawie zupełnie ustąpiły; chory tylko jeszcze od czasu do czasu chwytał się za piersi i narzekał na brak powietrza. Tętno utrzymywało się przy 120 uderzeniach na minutę i lubo zawsze jeszcze nie zbyt pełne i miękkie, było jednak nierównie wybitniejszém, niż w południe.

Noc pod mym nadzorem lekarskim przeszła spokojnie, a z rana dnia następnego było jeszcze kilka lekkich napadów duszności, które potém już ustąpiły bezpowrotnie. Chory odzyskał swobodę umysłu, pozbył się przestrachu i wyrazu konającego ze swéj twarzy; pot zimny nie zlewał już czoła, a ręce i nogi przybrały znów ciepłotę prawidłową.

Opukiwanie chorego tak dnia poprzedniego wieczorem jak i 16 czerwca z rana uskuteczniono, nie zdołało z przodu żadnego stłumienia wykazać; tylnéj ściany klatki piersiowéj nie opukiwano zrazu w chwili duszności, aby chorego mocno osłabionego i zbyt ciężkiego nie męczyć podnoszeniem; dopiero pod wieczór dnia 15 czerwca i nazajutrz podczas poprawiania łóżka szybko badania na tylnéj ścianie klatki piersiowéj dokonano. W górze po obu stronach był odgłos wypukowy jawny i pełny, a tylko poniżéj kąta łopatki prawéj nieco krótszy, niż po stronie lewéj. Przysłuchiwanie wykazało tylko rzężenia wilgotne, średniobańkowe, ale już dość skąpe i furczenia po obu stronach klatki piersiowéj; z tyłu zaś poniżéj kąta łopatki prawéj niemal zupełny brak szmerów oddechowych.

W dniach następnych ciepłota ciała podnosiła się do 39·5° C., poczém zwolna opadała. Prócz rzężeń nie można było z przodu w płucach wykazać żadnego ogniska zapalnego o wydatnych szmerach oddechowych z charakterem oskrzelowym i o wypuku wydatnie stłumionym.

(Dokończenie nastąpi).

II. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r.

I.

Zmiażdżenie łokcia i ramienia. Wyłuszczenie pierwotne w stawie barkowym. Wyzdrowienie.

podał Dr. W. Wehr.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Dalszy przebieg był powikłany: ropniem w okolicy lędźwiowéj lewéj, z licznemi nacinkami ropiastemi z przodu, boku i tyłu klatki piersiowéj, jako też przejściem w zgorzelinę części skóry w placie w trzech miejscach odpowiadających zębom koła, które z przodu w okolicy podobojczykowéj i z tyłu w okolicy grzebienia łopatki ugniotły były okolicę stawu. Po utworzeniu się ropnia w okolicy lędźwiowéj chory przypomniał sobie, że i w to miejsce był uderzony. Gorączka z charakterystycznym typem ropienia (ranne opady, wieczorne wzmagania się z różnicą większą niż 1°) utrzymywała się pomiędzy 37,1 a 39,6 aż do połowy czwartego tygodnia t. j. do czasu wyśledzenia, otwarcia i przedrenowania ostatniéj zatoki. Pomimo to chory 7go dnia po operacyi wstaje do opatrunku i przechadza się przez pokoje; d. 17 po nadwerężeniu wyczuć się dało po raz ostatni tarcie grzebienia łopatki.

Dnia 24/XII tj. po 7 tygodniach chory opuścił zakład z kilkoma ziarniną wypełniającemi się miejscami po drenach. Zrost grzebienia łopatki zupełny, miejsca zgorzelinowe blizną zajęte, zaokrąglenie barku możnaby nazwać estetycznem, gdyby niestety utrata członka tego pojęcia nie wykluczała.

Badanie odjętéj odnogi wykazało, że górny odłamek kości ramieniowéj od szczytu główki do miejsca złamania 17 cm. długi, miał w dolnéj połowie 4 podłużne szczeliny, z których najdłuższa od wewnątrz i tyłu gubiła się w szyjce chirurgicznéj. Tętnica nie naderwana.

Tak więc ocenienie tego przypadku przed operacyją stwierdzoném zostało w drobnych niemal szczegółach przebiegiem klinicznym i badaniem odjętych części.

Przedstawiwszy w ten sposób o ile mogłem najwierniéj i najtreściwiéj cały obraz tego nadwerężenia, pozwolę sobie

poświęcić słów kilka krytyce własnego postępowania. Wydaje mi się to bowiem na miejscu i czasie z dwóch powodów: raz dla wydobycia jak największych korzyści z nabytego doświadczenia, powtóre dla zachęcenia szan. kolegów do tego rodzaju otwartéj oceny własnéj swéj działalności.

Najprzód co do kazuistyki obrażeń odnóg górnych, to ze sprawozdania 17lecia Billrotha pouczamy się, że po stanach zapalnych odnóg dolnych największa liczba chorych przybywała do kliniki w skutek obrażeń odnóg górnych. Czy tak samo ma się rzecz w innych klinikach, w wielkich lub małych miastach, po szpitalach, w prywatnéj praktyce? Tak przynajmniéj wypływa z porównania kilku innych sprawozdań klinicznych, co w każdym razie dowodzi, że nadwerężenia odnóg górnych należą do rzędu najczęstszych chorób chirurgicznych, a tém samém już z praktycznych względów zasługują na dokładniejsze obeznanie się z niemi.

Najważniejszemi a często i najtrudniejszemi dla każdego praktyka przy obrażeniach ciężkich machinami są 3 pytania: czy amputować, jak wysoko i kiedy (wcześnie, pierwotnie lub późno, następowo)? Pytania zaś te przy obrażeniach odnóg górnych wypada nam najtroskliwiéj rozebrać, 1) ze względu na wartość każdego z tych członków dla organizmu, 2) że dziś posiada chirurgija w opatrunku aseptycznym tak silnego i pewnego sprzymierzeńca, że nawet obumarcie części odnóg może nie wpływać na rokowanie ogólne co do życia chorego. (Gussenbauer: *Die traumatischen Verletzungen*).

W przypadku niniejszym rozebrałem dokładniéj zapatrywania Kolegi M. aby dowieść, że pomimo przekonań najsilniéj konserwatywnych w tym względzie, w większéj liczbie obrażeń przez machiny amputacyja jest niestety konieczną i nieuniknioną. Że ocenienie, czy amputować, czy działać zachowawczo, w wielu przypadkach nie jest rzeczą łatwą, okazuje stan obecny, bieg kliniczny i zapatrywania kolegi M. Stan obecny bowiem chorego przedstawiał obraz zniszczenia tego rodzaju, że już niewielkie doświadczenie w tym względzie mogło naprowadzić na myśl niemożebności utrzymania odnogi. Słowem, aby użyć zrozumiałego nam technicyzmu: przypadek był łatwym. Pomimo to przedstawiał w ocenieniu trudności koledze posiadającemu godną uznania rutynę praktyczną. Przebieg kliniczny dowiódł, jak silném i rozległém było obrażenie, a zarazem pouczył, jak pożyteczną jest rzeczą przy nadwerężeniach machinami, gdzie równocześnie działa kilka form urazu, jako to: gniecenie, ciągnienie, darcie, skręcenie, myśleć zawsze o nadwerężeniu dalszém, niż miejsce widocznego obrażenia przedstawia. U naszego chorego pomimo ścisłéj *asepsis* cała niemal tkanka podskórna klatki piersiowéj, grzbietu i lędźwi po stronie lewéj po przejściu w zgorzelinę oddzieliła się, a więc skutki urazu wyszły na jaw po za przypuszczalną granicą obrażenia; skóra w płacie przeszła częściowo w zgorzelinę a kość barkowa mimo ciągłości była rozszczepaną niemal do samego stawu. Przy amputacyi ramienia zgorzelina płatu byłaby więc udaremniła zabieg operacyjny a i kość bez oddziałania nie pozostała. Mimowolnie nasuwa się tu uwaga: jeśli tak trudném jest ocenienie, czy części zdruzgotanych odnóg nie dałyby się zachować a wychodzimy z zasady nowoczesnéj chirurgii zachowawczéj, to działajmy zawsze konserwatywnie a amputujemy dopiero wtedy, gdy część odnogi podpadnie zgorzelinie i linija demarkacyjna się wytworzy. Wszakże przy obrażeniach udzielamy pomocy zazwyczaj w bardzo krótkim czasie po nadwerężeniu, gdzie *asepsis* daje się jeszcze ściśle przeprowadzić, a w takim razie części zgniecione, zmiażdżone *ad maximum* mogą się oddzielić bez miejscowéj i ogólnéj reakcyi. (Gussenbauer l. c.). To piękne rozumowanie zbija jednak odpowiedź na trzecie pytanie, kiedy amputować? Tu bowiem statystyka wykazuje, że największa śmiertelność po amputacyjach i wyłuszczeniach przypada na operacyje następowe po nadwerężeniach. I tak ze sprawozdania Güterbocka (*Archiv für klin. Chir.* XXII, 1) wynika: na 119 amputacyj i wyłuszczeń umarło 45 (37,8%) z których po urazie amputowanych umarło 63%, tak więc amputacyje w skutek chorób chronicznych przedsiębrane dają zawsze lepsze rezultaty niż po nadwerężeniach. Jeśli jednak amputacyja i wyłuszczenia po nadwerężeniach podzielimy na pierwotne (przed wystąpieniem objawów zapalnych przedsiębrane w pierwszych 24—48 (?) godzinach) i następowe, to przekonamy się, że największy procent śmierci przypada na amputacyje i wyłuszczenia następowe po urazie ($54\frac{1}{2}\%$), gdy pierwotne dają procent śmierci taki sam niemal, jak w cierpieniach chronicznych (34%). Twierdzenie to popierają najpoważniejsi chirurdzy. Ztąd wynika ta bardzo ważna w praktyce zasada, że ocenienie danego przypadku po nadwerężeniu odnóg i decyzyja szybka, czy amputować przed upływem 24 godzin, wpływa na życie chorego, albowiem polepsza o kilkanaście procent szanse wyzdrowienia. Przypadek opisany z wynikiem pomyślnym zasadę tę potwierdza.

Co do śmiertelności przy wyłuszczeniach w stawie barkowym, ta jest dość znaczna: Koenig podaje 40%, Billroth z lat 17 podaje 20 wyłuszczeń, z których 11 umarło (jednak 8 przybyło już zakażonych septycznie, z 7 umarło 1 wyzdrowiał) z 12 niezakażonych

w skutek urazu 9 a 4 um.
„ chorób chr. 3 a 0 um.

Gueterbock (l. c.) od 1872—75
8 a 6 um.

z tych wyłuszczeń:

pierwotn. po urazie	następ.	patolog.
5 a 3 um.	2 a 2 um.	1 a 1 um.

Krönlein[1])
2 a 1 um.

z których:
patol. 1 a 1 um.
traum.[2]) 1 a 0 um.

Uhde (1849—1852)
9 a 5 um.

Jedynym po dziś dzień chirurgiem, który najlepsze miał rezultaty po wyłuszczeniach w stawie barkowym, był Larrey; ze 111, które robił, 14 umarło! W istocie statystyka zachęcająca do naśladowania.

Co do metody operacyjnéj: to opisywanie tejże przez różnych autorów z licznemi odmianami nie ma w praktyce wielkiego znaczenia, już z tego powodu, że wycięcie płatu musi się modyfikować przy nadwerężeniach odpowiednio do przypadku. Dwie lub trzy znane metody wystarczą wszędzie.

---

[1]) *Die Langenbeck'sche Klinik. Bericht. Archiv für klin. Chir Suplement.* Band. XXI.

[2]) Podobny przypadek do opisanego; wyłuszczenie było zrobioném w 9 godzin po nadwerężeniu z wyzdrowieniem.

Najistotniejszą zaś częścią operacyi jest opanowanie pewne krwotoku; co też było moją przewodnią myślą w tym przypadku. Aby zaś chory się nie skrwawił, wybrałem drogę operacyjną najkrótszą i najprostszą, a pouczony podczas asystentury klinicznéj doświadczeniem, że ucisk wężem elastycznym Esmarcha przy wyłuszczeniu barku bywa często niepewnym, wolałem go zastąpić uciskiem bezpośrednim w płacie. Kol. M. wywiązał się ze swego zadania tak dobrze, że przebieg operacyi równał się prawie bezkrwawemu. Trud zaś wynagrodzony został ocaleniem życia chorego.

III. Oceny i sprawozdania.

J. Cohnheim. **Die Tuberkulose vom Standpunkte der Infectionslehre.** Lipsk 1880.

Zasługa odkrycia, że gruźlica da się z jednego ustroju na drugi przenosić, czyli że jest po prostu chorobą zakaźną należy się Villeminowi. Długo nie mogli się lekarze oswoić z tą myślą, lubo codzień patrzą na gruźlicę w różnych acz zawsze podobnych do siebie postaciach i do dzisiejszego dnia większość uważa gruźlicę jedynie za chorobę nader pospolitą, na którą żadnego nie ma lekarstwa.

Rdzeń nauki Virchowa tkwi, jak wiadomo, w odróżnieniu ścisłém gruzełka od spraw w serowacenie przechodzących, tak zapalnych jak i hiperplastycznych. Gruzełek jestto guziczek mały, za młodu nie większy od główki szpilki, złożony z komórek okrągłych, podobnych do ciałek limfatycznych, który róść może aż do wielkości soczewicy. Gruzełki większe polegają na zlaniu się pewnéj liczby mniejszych. W środku gruzełka, który już daléj róść nie może, powstaje skutkiem utraty wody i przemiany tłuszczowéj masa naprzód serowata, która prędzéj lub późniéj obumiera a następnie mięknie. Na powierzchni błon śluzowych powstają przezto wrzody. Podobieństwo téj sprawy do obrzmienia zołzowego gruczołów limf. i zapalenia płuc serowatego, które są sprawami hiperplastycznemi i zapalnemi, polega tylko na tém, że i tu w późniejszych okresach przychodzi do serowacenia. Zmiany więc ostateczne w tych wszystkich sprawach są jednakie, lecz mimo tego nie ma między niemi bliższego związku, gdyż i w chorobach zupełnie odmiennych, jak wypocinach zapalnych, rakach, mięsakach, chrząstakach trafia się zmiana serowata.

Teraz o serowaceniu inne mamy pojęcia, do których przyczynił się głównie Weigert. Części zserowaciałe zawierają w sobie zazwyczaj mało tłuszczu, mają konsystencyję grubo skrzepłego białka, nie mają jąder, zwykłych mikroskopowych barwików nie przyjmują czyli innemi słowy nie potrzebują obumierać, bo już są obumarłe a zmięknienie i wrzodzenie jest tylko tego następstwem. Co do samego gruzełka zgadzamy się z dawniejszemi pojęciami Virchowa, ale wiemy, że obok komórek podobnych do ciałek limf. trafiają się i inne większe, do przybłonkowych podobne i olbrzymie. Według poszukiwań Schüppla obrzmienie zołzowe gruczołów limf. nie jest dalekiém od gruzełka.

Z doświadczeń Villemina wszędzie potwierdzonych wypada, że istota gruźlicza wprowadzona do ustroju zwierzęcego wywołuje w nim znowu gruźlicę, lubo udanie się tych doświadczeń zależy w znacznym stopniu od rodzaju zwierzęcia. Na psach np. udaje się to trudno a łatwo na królikach i świnkach morskich. W jaki sposób wprowadzamy zwierzęciu istotę gruźliczą, nie wiele znaczy. Doświadczenie udaje się, czy istotę wspomnioną zaszczepimy, czy ją wprowadzimy do opłucny lub otrzewny itd., czy będziemy króliki karmić produktami gruźlicy lub każemy im wziewać powietrze z rozpyloną substancyją gruźliczą. Czy w ten lub ów sposób dużo lub mało wprowadzimy, również nie wiele znaczy. Daleko ważniejszą jest rzeczą wprowadzić masę przerzeczoną ile możności świeżą i nierozłożoną. Im dana substancyja warunkom tym więcéj odpowiada, tém skutek doświadczenia pewniejszy i rychlejszy. Tym sposobem można przenosić gruźlicę na zwierzęta a z nich daléj przez następne szczepienie.

Doświadczenia te dopiero wtedy zyskały na ważności, gdy przekonano się, że gruźlica powstaje tylko przez przeniesienie istoty gruźliczéj czyli innemi słowy, że do gruźlicy należy wszystko, co przeniesione na odpowiednie zwierzęta wywołuje u nich znowu gruźlicę. W ten sposób nie będzie już wątpliwości, czy ta lub owa zmiana patologiczna jest lub nie jest gruźlicą, bo doświadczenie na zwierzętach rozstrzygnie to na pewne. Następstwa pylic rozmaitego rodzaju mogą być nader podobne do gruźlicy, ale przecież nią nie są, chociaż swoją drogą mogą się z nią łączyć i rzeczywiście często łączą. Uczy daléj doświadczenie, że szczepiąc produktami zołzowemi wywołujemy gruźlicę tak samo, jak szczepiąc kawałkiem płuca zapalonego i zserowaciałego lub jądra. Wszystkie zatém sprawy te pod względem anatomicznym tak różne przecież ostatecznie jednę stanowią chorobę, tak jak jednego są początku kiłowa zmiana kości, kilak mózgu lub łuszcz na skórze kiłowy. Dowodzi to wymownie, że stanowisko anatomiczne w patologii obecnie nie wystarcza. Z tego wypada, że mimo braku różnicy anatomicznéj między gruzełkiem z jednéj a guzkiem kiłowym, liszajowym lub niewinnym ziarnakiem z drugiéj strony, różnica patologiczna istnieje a guzek wtedy tylko odnieść należy do gruźlicy, gdy jest płodem właściwego jadu gruźliczego. Szczepienie zserowaciałym kawałkiem mięsaka lub mięśniaka, guzkiem liszajowym lub chłoniakiem pozostaje bez skutku, gdy udaje się szczepienie prawdziwym gruzełkiem lub gruczołem zołzowym. W gruźlicy zatém tak samo jak w chorobach zakaźnych główną gra rolę czynnik etyjologiczny. Być może, że w przyszłości uda się wykryć anatomiczną cechę gruzełka, może właściwe ciałka gruźlicze, lecz dopóki to nie nastąpi zaraźliwość jest i będzie jedyną oznaką charakterystyczną gruźlicy.

Jakoż już Virchow zwrócił uwagę, że gruźlica usadowiwszy się raz w ustroju szerzy się w nim daléj tak, jak gdyby go coraz więcéj zakażała. Tak mianowicie gruzełki i zmiany zapalne zołzowe serowacieją, późniéj miękną i rozpływają się, przez co powstają jamy a na błonach śluzowych wrzody. Daléj wiadomo, że gruźlica łączy się chętnie ze zmianami zapalnemi podobnie jak zołzy, co nawet skłoniło Laenneca do przypuszczenia bliskiego związku między gruźlicą rozsianą i nacieekłą. Dopiero doświadczenia Villemina rozświeciły tę sprawę.

Jak we wszystkich chorobach zakaźnych tak i w gruźlicy powstaje wszędzie produkt gruźliczy lub zołzowy, gdzie dostanie się jad gruźliczy i przez czas niejaki w nim przebywa. W pierwszéj zatém chwili ważną jest brama, którą dostał się do ustroju, bo z tamtąd dopiero rozmaitemi natu-

ralnemi drogami rozchodzi się dalej. Z tego wypada, że sposób szerzenia się gruźlicy jest nader rozmaity i że przez prąd krwi mogą najodleglejsze nawet organa być zajęte. Przemawia zatém doświadczenie i po wyprowadzeniu substancyi gruźliczéj do otrzewny, powstaje naprzód gruźlica otrzewny, wątroby i śledziony, po wprowadzeniu do komórki przedniej ocznéj w tęczówce, do jelit w gruczołach kreskowych, po wziewaniu plwocin rozpylonych ze suchotników, przedewszystkiém w płucach i gruczołach oskrzelowych, po wprowadzeniu pod skórę w najbliższych gruczołach limf. We zwłokach ludzkich atoli nie zawsze wykryć można drogi, któremi się rozchodził jad gruźliczy.

Najczęściéj jad przerzeczony dostaje się do ustroju ludzkiego z powietrzem oddechowém. Ztąd téż najczęściéj i najbardziéj zapadają płuca na gruźlicę; z tém zgadza się także okoliczność, że nader często opłucna i gruczoły limf. oskrzelowe i tchawicowe ulegają gruźlicy, gdy w płucach znajdujemy zmiany nieznaczne; stanowi to bowiem zupełną analogiję do szybkości, z jaką w pylicy np. węglanéj cząstki węgla dostają się do opłucny i gruczołów limf. Dlaczego w jednych przypadkach po dostaniu się jadu gruźliczego powstaje gruźlica rozsiana, w drugim zaś naciek gruźliczy, nie można jeszcze teraz wytłumaczyć; że jednak obydwie formy zawdzięczają swój początek jednemu jadowi, wątpliwości nie ulega. Na zajęciu opłucny i gruczołów limf. nie kończy się sprawa, przez rozpad i wrzodzenie opuszcza znów pewna ilość masy gruźliczéj płuca i dostaje się oczywiście przedewszystkiem do tchawicy i krtani i tu wywołuje właściwe wrzody. W taki sam sposób powstać mogą zmiany gruźlicze w przełyku, na podniebieniu, języku. Przez gardziel przesuwa się masa gruźlicza za prędko a w żołądku kwaśny sok nie sprzyja dalszemu rozwojowi gruźlicy, ztąd rzadkiemi są zmiany gruźlicze w obu tych organach. Natomiast w jelitach o wiele więcéj jest sposobności do infekcyi osobliwie w okolicy zastawki Bauhina, gdzie treść zatrzymuje się dłużéj. Dlatego najwięcéj znajdujemy zmian gruźliczych koło zastawki, następnie w dolnéj części jelita biodrowego, w kątnicy i okrężnicy wstępującéj, dlatego téż w mieszkach, w których istoty wessane naprzód się zatrzymują, przychodzi rychło do zmian gruźliczych i wrzodów. Następnie dopiero cierpią gruczoły kreskowe i narażona jest wątroba, w któréj przy uważném badaniu tak często znaleść można właściwe zmiany. Tak samo ulega otrzewna. Że w wielu przypadkach zmiany gruźlicze występują w krtani, zanim pojawią się w płucach, nie ma w tém nic nadzwyczajnego.

Tym sposobem przewód pokarmowy cierpi następowo; są atoli przypadki, w których zmiana jelit jest w nim wcześniejsza i większa niż w płucach. Dzieje się to u dorosłych, ale znacznie częściéj u dzieci. Tu by na uwagę zasługiwała okoliczność, że według Gerlacha, Klebsa i innych między gruźlicą u ludzi a perlicą u bydła rogatego bliski zachodzi związek i że niewątpliwie jad perlicy przechodzi do mleka. Tak wytłumaczyćby można pierwotną gruźlicę jelit i gruczołów kreskowych u dzieci mlekiem krowiém sztucznie karmionych a może i te częste zmiany zołzowe na wargach, w jamie ustnéj, przełyku i gruczołach limf. na szyi.

Uwagi godną jest gruźlica narządu moczopłciowego. Czy przez spółkowanie z kobietą cierpiącą na gruźlicę macicy może mężczyzna dostać gruźlicy cewki lub naodwrót kobieta przez nasienie mężczyzny na gruźlicę chorego gruźlicy części płciowych, trudno w téj chwili rozstrzygnąć. Jest rzeczą bardzo podobną do prawdy, że jad gruźliczy na wzór ziarnek cynobru, kropelek oliwy, gałeczek mleka lub prątków wydziela się przez kłębki w nerkach wraz z moczem. W ten sposób powstaje gruźlica kielichów nerkowych, moczowodów, pęcherza moczowego, następnie gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych, przyjądrza. U kobiet przenosi się gruźlica na części płciowe najczęściéj z otrzewny do trąbek Falloppii i dopiero potém szerzy się daléj.

Wytłumaczenie gruźlicy opon mózgowych jest trudniejsze, gdyż pomijając suchoty nierzadko znajdujemy nieznaczne tylko zmiany w płucach lub gruczołach limf., a nieraz jak osobliwie u dzieci i tych nawet niema. Zresztą jak wytłumaczyć związek tych organów z chorobą mózgu? Weigert domyśla się, że gruźlica opon powstaje z rozszerzenia się zmiany w górnéj jamie nosowéj przez otwory kości sitowéj. Co do chorób kości przyrody niewątpliwie gruźliczéj, przypuszczaćby trzeba, z uwagi, że je po największéj części uraz wywołuje, że jad gruźliczy dostawszy się poprzednio do ustroju krąży w nim wraz ze krwią i wreszcie wydobywa się z naczyń tam, gdzie skutkiem zapalenia urażnego więcéj przepuszczają naczynia, z czém zgadzają się doświadczenia z cynobrem.

Że jad gruźliczy wszedlszy raz i usadowiwszy się gdziekolwiek w ustroju dostać się może także do ogólnego obiegu krwi, wątpliwości prawie nie ulega, a w ten sposób tłumaczy się przebieg gruźlicy, który przypomina najzupełniéj przerzutowe zapalenia i nowotwory. Tak bywa u suchotników w mózgu, kościach, gardle, gruczole tarczykowym, nadnerczu, śledzionie. Uwzględniając taki sposób szerzenia się gruźlicy obok innych poprzednio omówionych łatwo przyjdzie pojąć, dlaczego nieraz wiele organów okazuje zmiany gruźlicze, lubo zawsze wśród powolnego przebiegu tak, że wielu suchotników umiera pierwéj, nim do tego rozszerzenia się gruźlicy przyjdzie.

Ostra ogólna gruźlica prosowa była dla szybkości przebiegu i zajmowania rychłego tylu narządów do niedawna zagadką. Jeżeli gruźlica jest rzeczywiście chorobą infekcyjną, wypada szukać źródła, z któregoby mogła łatwo wielka ilość jadu właściwego rozejść się po ciele. Na uwagę przeto zasługuje podanie Ponficka, który w ostréj gruźlicy prosowéj znajdował gruźlicę i naciek serowaty w przewodzie piersiowym. Przypadki atoli takie są wyjątkowe. Natomiast Weigert znajdował w odpowiednich przypadkach gruźlicę naczyń, osobliwie zaś żył płucnych zwykle tak, że zmiana gruźlicza opłucny, gruczołów oskrzelowych lub śródpiersia zajmowała następnie większą żyłę płucną a nawet dostawała się do jéj wnętrza. Dalsze poszukiwania rozstrzygną, czy tak dzieje się zawsze lub téż inne są jeszcze punkta wyjścia gruźlicy ogólnéj ostréj.

Przeciwieństwo zupełne do gruźlicy ogólnéj stanowi gruźlica miejscowa, która wcale nie jest rzadką. W niektórych okolicach jest ona codzienném zjawiskiem po klinikach chirurgicznych bądź to u osób młodych w postaci obrzmiałych gruczołów limf. na szyi bądź u podeszłych wiekiem z miażdżycą tętnic lub chorobami ośrodków nerwowych, bądź w postaci ognisk gruźliczych odosobnionych w płucach lub opłucny, bądź w postaci właściwych cierpień stawowych, które niewątpliwie według skutku szczepienia należą do gruźlicy.

Przyczyny, dla których gruźlica w tych razach jest i pozostaje miejscową, nie są zupełnie wyjaśnione. Być może, że chorzy umierają przed uogólnieniem się choroby lub że gruźlica daje się wyleczyć, co w obec danych anatomicznych,

jak zabliźnienia i skredowacenia, nie ulega wątpliwości. Przypomina to bardzo kiłę, która nieraz prócz zmiany pierwotnéj i nieznacznych zmian drugorzędnych na skórze i błonie śluzowéj jamy ustnéj niczém więcéj się nie objawia. A czyż zresztą szankier miękki, który tylu lekarzy uważa dziś za objaw kiły, nie byłby taką kiłą czysto miejscową? Bardzo być może, że znaczna odporność ustroju jak jest przyczyną, że kiła w nim objawia się mniéj więcéj tylko miejscowo, tak samo chroni go od uogólniania się gruźlicy miejscowéj. Za tém przemawiają także doświadczenia na zwierzętach. U wszystkich królików po wprowadzeniu masy gruźliczéj pojawia się mniéj więcéj po jednakim czasie pierwszy wybuch choroby, ale dalszy przebieg przedstawia nader wielką rozmaitość. Jedne zwierzęta giną już po pięciu tygodniach a sekcyja wykazuje zmiany gruźlicze we wszystkich prawie organach, drugie żyją po trzy miesiące i dłużéj a zmiany chorobowe właściwe znajdują się tylko w oku i płucach, u innych jedynie w otrzewny, u niektórych wyłącznie w oku a zatém tylko miejscowo. Coś podobnego dzieje się niewątpliwie z gruźlicą u ludzi i ztąd te różnice osobnicze. Czy na to wpływa więź ciała, niewiadomo; tyle pewna, że tak zwany *habitus phthisicus* nie jest przyczyną lecz następstwem choroby; trafia się w gruźlicy nie tyle nabytéj ile odziedziczonéj. Wątpliwości bowiem najmniejszéj nie ulega, że gruźlicę można odziedziczyć tak po ojcu jak i po matce a zatém tak przez nasienie jak przez jajko. Zupełna jest to analogija do kiły z tą atoli różnicą, że kiła dziedziczna pokazuje się już za życia płodowego lub wkrótce po urodzeniu, gdy gruźlica najczęściéj po latach dopiero na jaw występuje.

Dla nas przeto obecnie nie ma żadnego usposobienia do gruźlicy, jak go nie ma do kiły, lubo niewątpliwie przy téjże saméj sposobności jeden jéj łatwiéj nabywa niż drugi, nie ma daléj w przebiegu żadnego objawu wyłącznie gruźlicy właściwego, nie ma jedném słowem żadnéj zasadniczéj różnicy od innych chorób zakaźnych. Analogija bardzo wielka istnieje między gruźlicą a kiłą, a nawet podobieństwo co do produktów anatomicznych, a analogija ta najwięcéj ma znaczenia w kwestyi zaraźliwości, która dziś już nie ulega wątpliwości, lubo nie znamy warunków, których potrzeba do przenoszenia się gruźlicy z jednéj osoby na drugą. *D.*

Les perforations craniennes spontanées chez les enfants du premier age par M. J. Parrot.

Gdyby nie pouczanie przez codzienne doświadczenie, prawie trudnoby było uwierzyć, ażeby czaszka i mózg dzieci w pierwszych okresach ich życia ulegać mogły bezkarnie tak znacznym zmianom kształtu przez ucisk, uraz itd. Twierdzenie to najlepiéj uwydatnia stan główki płodu ulegającego sile mechanizmu porodowego. Dzieci w pierwszych miesiącach swego życia znoszą bez szkodliwych następstw zgniecenia z zaklęśnięciem oraz urazy z złamaniem kości czaszkowych; ten stan rzeczy nie przekracza jednak okresu pierwszego niemowlęctwa, t. j. okresu, w którym kości czaszkowe, spojone luźnemi szwami, są nader ruchome, a mózgowie, przedstawiając jednolitą miękką masę, zbyt jest jeszcze ubogie w uorganizowane pierwiastki przyszłéj czynności zmysłowo-duchowéj.

Macając główkę dzieci dotkniętych krzywiczą zmianą odżywczą, często spostrzegamy, że kości czaszkowe uginają się pod palcami; badanie pośmiertne wykazuje, że kości te są znacznie ścieńczone lub nawet przedziurawione, tak że okostna i opona twarda przylegają do siebie bezpośrednio. Macerując i następnie susząc takie kości przekonywamy się naocznie, że na blaszce wewnętrznéj znajdują się liczne talerzykowate zagłębienia, porozdzielane między sobą grzebieniem różnéj wysokości i grubości; jeśli zanik daléj jest posunięty wówczas kość stanowi tylko blaszka zewnętrzna, dziurkowata, do utkania koronki podobna, a po zaniknięciu z tych resztek budowy kostnéj następuje zupełne przedziurawienie od milimetra do 2 centymetrów mające w średnicy; brzegi takiéj dziury są skośno ścięte, co tylko od wewnątrz oglądając kość spostrzegać się daje.

Profesor Parrot zamierzył udowodnić w osobnéj rozprawie, że chociaż ciężar mózgowia, jak to powszechnie uznano, jest istotną niezbędną przyczyną powstawania ścieńczeń i przedziurawień kości czaszkowych, które ugniata, to jednak przyczyna ta nie jest jedyną i patologiczny stan kości jest drugą niezbędną przyczyną powstania tych zaburzeń w kościach czaszki, które obecnie nas zajmują.

Zanik kości czaszkowych małych dzieci, tak różny co do kształtu, powstaje stale w dwóch miejscach, w miarę tego, czy sprawa zanikowa nastąpiła podczas życia wewnątrzmacicznego, lub téż po porodzie; w pierwszym przypadku ścieńczenia i przedziurawienia powstają wzdłuż szwu strzałkowego symetrycznie z obu stron, nie przekraczając guzów czołowych z przodu, a ciemieniowych z tyłu; Parrot badał 44 takich czaszek, należących do dzieci, które średnio żyły 17 dni; znaczna ich część przyszła na świat przedwcześnie, a wszystkie pomarły na uwiąd ogólny.

Jeśli zmiany zanikowe kości czaszkowych, które powstają podczas życia wewnątrzmacicznego, zajmują zawsze przednio-górną część głowy, to natomiast zmiany powstające już za życia usadowiają się zwykle w okolicy tylno-dolnéj. Na 135 przypadków, należących do téj kategoryi, naliczył Parrot 57 zupełnych przedziurawień. Zmiany zanikowe wystąpiły symetrycznie 87 razy, 41 razy wybitniéj wystąpiły po stronie prawéj, a tylko 7 razy po stronie lewéj.

Jaka jest przyczyna i mechanizm tych zmian? Płód do 7 miesiąca zajmuje w macicy takie ułożenie, że główka jest zwróconą ku górze, przyczém górno-przednia część główki jest pochyloną naprzód. Począwszy od 8 miesiąca główka płodu obraca się ku dolowi i układa się tak, że kościom ciemieniowym i czołowym przypada położenie najniższe; jeśli teraz przypomnimy sobie, że wśródmaciczny zanik kości czaszkowych płodu dotyczy właśnie przednio-górnéj okolicy, to związek tych spraw patologicznych z ułożeniem dziecka w macicy i ciśnieniem mózgowia na kości ciemieniowe i czołowe staje się widocznym.

Dla wytłumaczenia zmian zanikowych w kościach czaszkowych, powstających już za życia, Parrot podaje, że spostrzegał je głównie w klasie ubogiéj, gdzie dzieci pozostają długiemi godzinami w położeniu na plecach, lub na stronie prawéj, najrzadziéj na lewéj, przyczém cały ciężar mózgowia przypada na kości tyłogłowia, spoczywające na zbitém posłaniu.

Jeśli powyższy opis usuwa wszelką wątpliwość, że ciężar mózgowia odgrywa pierwszorzędną rolę w wytwarzaniu zaniku kości czaszki małych dzieci, to już ten sam jeden wzgląd, że sprawie téj chorobowéj ulegają nie wszystkie dzieci, znajdujące się w jednakich warunkach, każe wnosić, że prócz ciężaru mózgowia są jeszcze inne, nie mniéj ważne czynniki, a mianowicie: że kości przez zmiany chorobowe

ulegają utracie zbitości swéj budowy i nie stawiają należytego oporu naciskowi mózgowia.

Parrot utrzymuje, że jedyną przyczyną zaniku kości czaszkowych, jeśli takowy powstaje po urodzeniu, jest kiła dziedziczna; badając 271 czaszek kiłowych znalazł ten badacz sprawę zanikową u 135 dzieci (50%), a z tych znacznemu ścieńczeniu uległo 78 czaszek a 57 było przedziurawionych; z załączonéj przez autora tablicy wynika, że zmiany zanikowe czaszki kiłowéj nie występują u płodu i przed końcem 1 miesiąca życia, natomiast największa ilość przypada na okres od 1 do 12 miesiąca życia, a z 135 przypadków u jednego tylko dziecka spostrzegał autor przedziurawienie po 4 roku życia.

Czaszki kiłowe z zmianami zanikowemi tém się wyróżniają, że mają ciemiączko znacznie większe, i obok ścieńczeń i przedziurawień spostrzegają się na nich wyrośle kostne w miejscach nigdy zanikowi nie ulegających; ten antagonizm ścieńczeń lub przedziurawień z jednéj a zgrubień kostniakowych z drugiéj strony, stanowi podług Parrota istotną cechę czaszek kiłowych.

W jaki sposób skaza kiłowa sprzyja zanikowi kości czaszkowych pod wpływem ciężaru mózgowia? Parrot tłumaczy tę sprawę chorobową w ten sposób, że u osobników dotkniętych kiłą dziedziczną, zanim wystąpią zmiany swoiste téj skazie, spostrzegać się daje okres krzywiczy, podczas którego kości utracają swe tęgie utkanie, pozbawiają się wapna, a pozostaje przeważnie utkanie organiczne, tkankołączne, obok naczyń i tłuszczu; w pokładach świeżych spostrzega się ten sam brak soli wapiennych, a ciałka gwiazdkowate, podobne do tkanki łącznéj, zastępują miejsce osteoblastów; w obec podobnie nietrwałéj budowy każdy czynnik napierający wywrze wpływ niszczący.

Wytłumaczywszy warunki i sposób powstawania zaniku kości czaszkowych u dzieci, jeśli te zmiany zanikowe powstają po porodzie, Parrot przyznaje, że nie posiada dobrze określonéj odpowiedzi dla objaśnienia warunków i przyczyn téj sprawy zanikowéj u płodu; jeśli kiła dziedziczna, powiada Parrot, nie odgrywa tu roli przyczyny wyłącznéj, to natomiast nigdy tu nie brakowało głębokich zaburzeń odżywczych.

Przedziurawienia czaszkowe zwykle zasklepiają się, jeśli polepszenie warunków odżywczych ustroju obudzi siły tkankotwórcze.

Elsässer był pierwszym z autorów, który dokładnie opisał stan chorobowy kości czaszkowych, *craniotabes* przez niego nazwany; klinicysta ten miał zupełną słuszność utrzymywać, że przyczyną *craniotabes* jest ujęcie kości między gniotącém je mózgowiem a twardém posłaniem, że dzieci krzywicze ulegają mu; lecz myli się twierdząc, że zanik kości czaszkowych nie bywa wrodzonym, nie zdarza się przed 3 miesiącem życia, i że dotyka tylko kości tyłogłowia. O wpływie kiły wrodzonéj na *craniotabes* Elsässer (i inni autorowie) nie wspomina; Vogel poszedł za Elsässerem, West przypuszcza, że pierwotną przyczyną *craniotabes* jest przerost mózgówia, co jeszcze wyraźniéj wypowiada Giraldès; Broca również mówi o przeroście mózgowia, lecz jako o sprawie następowéj, a pierwotnie podług tego badacza wytwarza się większy przestwór śródczaszkowy, w skutek zaniku kości powstający, lecz żaden z przytoczonych autorów nie złożył dowodu na poparcie swych twierdzeń. Parrot utrzymuje, że zwiększona objętość przestworu wewnątrzczaszkowego jest tylko pozorną, gdyż w obec wyniszczenia ogólnego czaszka pozostając jednaką wydaje się tylko być nadmiernie wielką, wyrośle kostniakowe również nadają głowie pozór wielkich rozmiarów, co również jest tylko złudzeniem; jeśliby przerost mózgowia był powodem *craniotabes*, powiada Parrot, powstawałby on nie na stałych miejsach pewnych kości czaszkowych, lecz wszystkie kości ulegałyby sprawie zanikowéj.

(Oddając należne uznanie temu, co w pracy Parrota jest nowego i pouczającego, jak np. stwierdzenie istnienia *craniotabes* wrodzonego, lub udowodnienie przeważnego wpływu kiły dziedzicznéj na powstawanie téj sprawy chorobowéj, trudno pisać się na jego zdanie, jakoby głowa u krzywiczych dzieci była tylko pozornie większą: kto mierzy często głowy dzieci, jak to sprawozdawca ma codzienną sposobność w szpitalu św. Ludwika, ten nabrał niezachwianego przekonania, że dzieci, które przebyły w kościach czaszki zmianę odżywczą, krzywicą zwaną, ulegają obok zmiany kształtu zwiększeniu wszystkich wymiarów takowéj, w stosunku do liczb przeciętnych podanych w tablicy Liharzika; natomiast wielka wrażliwość takich dzieci, nie zwykła łatwość odruchów, które usposabiają takie osobniki do drgawek, a wreszcie nad wiek rozwinięta siła pojmowania i rozumowania, świadczą o wcześniejszym i obfitszym rozwoju pierwiastków mózgowych, czyli dowodzą przerostu mózgu. *Spraw.*) (*Revue Mensuelle* Nr. 10 z r. 1879).

Dr. A. Kwaśnicki.

Sydney Ringer: **Tonga, lek używany przez krajowców wysp Fidji przeciw nerwobólom.**

Przed kilku miesiącami otrzymał S. Ringer za pośrednictwem wychodźcy europejskiego pakiet sproszkowanych roślin, używanych przez krajowców wysp Fidji od kilkuset lat przeciw nerwobólom. Gatunek botaniczny roślin nie jest dotąd autorowi znany, lecz tenże spodziewa się takowy za pośrednictwem podróżników angielskich oznaczyć. Doświadczał skuteczności naparu i wyciągu wodnego roślin w 8u przypadkach gwałtownego nerwobólu, jako to: w nerwobólu nerwu nadoczodołowego i podoczodołowego, prawego i lewego nerwu potylicowego, jednéj lub więcéj gałęzi nerwu trójdzielnego, w nerwobólu szczęki dolnéj i nerwów ciemieniowych. W sześciu z tych przypadków nastąpiło najpóźniéj po 5 dniach zupełne uleczenie (*sic*) (chorzy byli przez autora kilkakrotnie późniéj badani). W jednym przypadku nastąpiło znaczne polepszenie, a w jednym nie przyniósł środek doświadczany żadnego skutku. Autor nie zauważył po użyciu nawet znacznych dawek tego leku (do 1uncyi naparu) żadnych przypadów zatrucia prócz lekkiéj senności. Na zachowanie się źrenicy środek ten nie wywierał również żadnego wpływu, tak wewnętrznie podawany, jak zewnętrznie wkraplany do worka spojówkowego (*the Lancet* Nr. 10, 1880).

Dr. Ponikło.

Penzoldt: **O wartości leczniczéj rośliny quebracho.**

W Nrze 2 Przeglądu Lek. r. b. zdaliśmy sprawę z pomyślnych skutków leczniczych kory *quebracho* (kebraczo), otrzymanych w licznych przypadkach duszności przez Przibrama, Krautha, Bertholda i Picota. Od tego czasu pojawiła się rozprawa Laquera z kliniki prof. Bergera w Wrocławiu, w któréj tenże opierając się na doświadczeniach w pomienionéj klinice z powyższym środkiem czynionych, znacznie ogranicza zachwalaną w pierwszych doniesieniach skuteczność jego, oraz kładzie nacisk na jego działa-

nie narkotyczne i smak nieprzyjemny. Przeciw tym to wnioskom Laquera występuje obecnie Penzoldt (*Berlin. klin. Wchft.* N. 10), wykazując w artykule przeważnie polemicznym przyczyny, dla których wypadki doświadczeń Laquera nie zgadzają się z jego własnemi i innych autorów. Niezgodność ta polegać ma zdaniem Penzoldta na têm, że w klinice Bergera używano wątpliwéj wartości leku w mowie będącego, tudzież że nie stósowano go w postaci przez Penzoldta poleconéj, lecz po prostu jako wyciągu z kory quebracho. Jak dotąd P. uważa jedynie przetwór według własnego przepisu sporządzany za czysty i skuteczny. Przepis ten jest następujący: 10 grm. drobno sproszkowanego drzewa (kory) moczy się w 100 grm. czystego wyskoku przez tydzień w naczyniu szczelnie zamkniętêm; następnie się sączy, przesącz odparowuje (w łaźni wodnéj) do suchości, rozpuszcza w 20 cm. sześc. wody gorącéj i znów się sączy. Wodny ten roztwór, jeśli pochodzi z drzewa, jest czerwono-brunatny i niekiedy mętny, przyrządzony zaś z kory, bywa przeźroczysty i żółty. Przetworu tego daje się dorosłym 1—2 łyżeczek trzy razy dziennie, a nawet i więcéj. Ujęty w formę recepty przepis ten brzmiałby: Rp. *Ligni* (*cortic.*) *quebracho subtiliss. pulver. 10·0 macera per dies septem in vase vitr. bene clauso c. spirit. vini rectificatiss. 100·0, dein filtra et inspissat. solve in aquae ferv. 20·0 filtra. DS.* Trzy razy dziennie po 1—2 łyżeczek. Jeśliby zaś aptekarz był obeznany ze sposobem przyrządzania, możnaby pisać krótko: Rp. *Extr. spirit. ex 10·0 lign.* (*cortic.*) *quebracho solve in aq. dest. 20·0 DS.*

W których chorobach *quebracho* uśmierza towarzyszącą duszność a w których nie, trudno jeszcze określić. Najskuteczniéj zdaje się środek ten działać u chorych dotkniętych rozedmą płuc. Można jednakże osiągnąć korzystne skutki także w nieżycie oskrzelowym, suchotach płucnych, wadach sercowych (schorzenie zastawek i mięśnia sercowego), a nawet i w *asthma spasmodicum*; działanie leku jest przemijające. Że skuteczność utrzymuje się także po dłuższém używaniu, mianowicie także po odstawieniu leku, zdaje się być prawdopodobném. Skutków nieprzyjemnych ubocznych nikt dotąd, używając prawdziwego drzewa *quebracho*, nie spostrzegał. Oczywiście że nie w każdéj postaci duszności możemy się spodziewać skuteczności leku. W duszności polegającéj na podstawie mechanicznéj (niedrożność dróg oddechowych, znacznego stopnia zwężenia lub zatkania oskrzeli wydzieliną lub skutkiem obrzmienia błony śluzowéj) nie pomoże żaden lek w świecie, a więc i *quebracho*. Trzeba także dla każdego osobnika wypróbować wielkość dawki, gdyż jak to wypływa z doświadczeń na zwierzętach, zbyt wielkie dawki leku mogą właśnie wywołać duszność, zbyt małe zaś nie mogą być skutecznemi. Nareszcie może to także zależeć od indywidualności, u którego chorego *quebracho* działa skutecznie lub nie. *St. Sm.*

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **Krwotok uszny u powieszonego.**

Przypadki krwotoku usznego u powieszonych są bardzo rzadkie; H. zestawia je z literatury (są one opisane przez Morgagniego, Bernta, Wildego, Taylora, Ogstona i Maschkę, a miały one polegać głównie na przedarciu błony bębenkowéj). H. z góry nie przypuszczał, aby krwotok ten był następstwem urazu błony bębenkowéj, bo jakkolwiek silne i nagłe ściśnienie powietrza znajdującego się w uchu wewnętrznêm może pociągnąć za sobą pęknięcie błony bębenkowéj, to jednak trudno przypuścić, aby ściśnienie takie nastąpiło przy powieszeniu. Autor miał sposobność robienia sekcyi na zwłokach mężczyzny 68 lat liczącego, a którego znaleziono bez życia, powieszonego, z krwotokiem usznym obustronnym. Spojówki gałkowe były mocno krwią podbiegnięte, w przewodach usznych zewn. nieco krwi płynnéj i skrzepłéj, w powłoce czaszkowéj i na m. skroniowym pr. wynaczynionki; w jamach bębenkowych nie ma krwi, bł. śluzowa ich nastrzyknięta, błony bębenkowe nieuszkodzone, w tylnym przewodzie słuchowym przyskórek zmacerowany, łatwo schodzący, miejscami podniesiony przez krew płynną w postaci pęcherzy, których dno krwawo jest nasiąknięte, tak samo i wał błony bębenkowéj, tętnice młotkowe nastrzyknięte. Nie ulega więc wątpliwości, że krwotok uszny nie był objawem pośmiertnym (zwłoki przy sekcyi nie gniły jeszcze a nadto krwotok spostrzeżono zaraz po odkryciu trupa) i że takowy nie był następstwem uszkodzenia błony bębenkowéj, lecz pochodził od powłoki przewodów zewnętrznych; powstał zaś w taki sam sposób, jak wynaczynienia w spojówkach i powłoce czaszkowéj, tj. jako skutek i objaw częściowy znacznego zastoju krwi, powstałego w głowie skutkiem duszenia. Tak więc powstało naprzód przekrwienie zastoinowe i wynaczynionki w tylnych częściach przewodów zewn. słuchowych, a późniéj przedarcie się krwi wynaczynionéj przez cienki przyskórek. Wynaczynienia takie zdarzają się dosyć często w uchu środkowém i w przewodzie zewn. zwłaszcza przy uduszeniu; nie zwracano tylko dotąd na nie należytéj uwagi. W uchu środkowém już Wendt znachodził takowe, a H. również kilka razy napotkał u uduszonych wynaczynionki w jamie bębenkowéj, badając takowe sposobem Wredena-Wendta; znaleźli je także Legroux i Gellé u psów, które dusili. U ludzi zmarłych z powieszenia rzadko kiedy zdarza się sinica i wynaczynienie w spojówkach, a wynaczynienia w przewodach usznych pozostają w ścisłym związku ze sinicą twarzy i wynaczynieniem spojówkowém; dlatego na obecności lub braku tych objawów wcale polegać nie można przy ocenianiu śmierci z powieszenia. — W końcu H. zwraca uwagę, że w przewodzie usznym zewn. wyściółka przyskórkowa ku błonie bębenkowéj staje się coraz cieńszą, że tamże jest wilgotną i rozpulchnioną, że więc tam dane są warunki do powstania pęcherzy krwawych i do przebicia się krwi na zewnątrz. Dlatego téż przy krwotokach usznych tak na żywych jako i na zmarłych wcale niekoniecznie przypuszczać należy uraz błony bębenkowéj, a tém mniéj pęknięcie czaszki, bo przyczyna krwotoku może być o wiele nieznaczniejszą. (Porówn. wykład Urbantschitscha, Przegl. Lek. z r. b. Nr. 9. *Sprawozd.*) (*W. med. Presse* 1880, Nr. 7—11). *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Zgodnie z postrzeżeniem Bardenhevera (*Berl. klin. Wchft.* 1877 Nr. 10) donosi Dr. Weinberg o korzystném działaniu pilokarpinu w dwóch przypadkach morzyska ołownego. Gdy w obydwóch przypadkach tak przetwory makowca jako i środki przeczyszczające okazały się bezskutecznemi, wstrzyknięto pod skórę 0·02 pilokarpinu, poczém wśród obfitych potów i ślinienia bóle rychło ustąpiły a nastało wypróżnienie stolca. W drugim przypadku, w którym po wstrzyknięciu 0·015 pilokarpinu działanie leku było niedostateczne, podane przez omyłkę 0·085 pilok. w lewatywie wywarły rychło pożądany skutek. (*D. Arch. f. klin. Med.* T. 24, 4 i 5).

ss) Jako rzadki przykład zboczenia umysłowego wywołanego atropinem podał pierwszy Friedreich *(Handb. der allg. Path. der psych. Krankh.* 1839) historyję choroby pułkownika francuskiego Marmiera, który skutkiem wziewania pary wywiązującéj się z odwaru wroniego oka (przeciw cierpieniu gardła), popadł w krótko trwający stan najdziwaczniejszych omamów i urojeń zmysłowych. Podobny przypadek opisuje także Laurend, który postrzegał podobne zboczenie umysłowe u chłopca otrutego wyciągiem wroniego oka. Friedreich nawet twierdzi, że t. zw. jasnowidzenie i zachwyt a właściwie pewien stan obłąkania u czarownic pochodziły ztąd, że kobiety te nacierały się maścią cudowną, składającą się w głównéj części z przetworów wroniego oka, jak to np. wykazano u spalonéj w końcu zeszłego wieku za czarodziejstwo Renaty, przeoryszy klasztoru würzburgskiego. W *Allg. Ztschrft. f. Psychiatr.* Tom 36, 4, opisuje Dr. Kowalewski, docent psychijatryi w Charkowie, przypady takiegoż zboczenia umysłowego u mężczyzny, któremu w celach leczniczych zapuszczono zbyt wielką dawkę atropinu do worka spojówkowego. Chory ten, będący prawie ślepym, ujrzał nagle wielki blask, zdawał się znajdować w uroczém jakiémś otoczeniu, widział wszędzie pełno zwierząt, ludzi i drzew, słyszał rozgłośne ryki i śpiewy itp.; to znów spędzał z siebie uporczywie pełzające niby po ciele jego robactwo, tak że bezustannie popadał w stan to najwyższego zachwytu to ciężkiego pognębienia. Wśród takich przypadków dopiero 5go dnia pokazały się objawy zwykłe otrucia atropinem (suchość w ustach, ściąganie w gardle itd.). Odtąd chory uspokajał się coraz więcéj, a 10go dnia był już zdrów zupełnie. K. zwraca uwagę, że powstawanie zboczeń umysłowych skutkiem nadużycia atropinu może być ważném pod względem sądowolekarskim, gdyż „przestępca, znający tę własność atropinu, mógłby np. na czas badania, wywoływać u siebie dowolnie prawdziwy obraz zboczenia umysłowego.“(?)

ss) Pomiędzy licznemi sposobami leczenia suchot płucnych polecano w nowszych czasach także wziewanie azotu. Sposobu tego używają już od lat kilku w zakładach kąpielowych koło Paderbornu i w Neu-Ragoczy, gdzie azot wywiązujący się ze źródeł przeprowadzają do gabinetów, w których chorzy przez kilka godzin na dzień przebywają. Obecnie lekowanie to stało się znacznie przystępniejszém, odkąd Dr. Treutler podał przyrząd do odciągania powietrzu atmosferycznemu tlenu drogą zimną, tak że możemy teraz dla każdego chorego miarkować potrzebną ilość azotu. Dr. Krull podaje w *Berl. klin. Wchft.* N. 10 przebieg choroby u 31 suchotników, wziewaniami azotu zapomocą przyrządu Treutlera leczonych. Z opisu tego wynikałoby, że pod wpływem wziewań azotu u znacznéj części chorych stan się znakomicie polepszał, kaszel, poty, gorączka ustępowały, ciężar ciała i pojemność płucna powiększały się, a i objawy przedmiotowe ze strony płuc ulegały znacznéj zmianie na lepsze. Najgorsze stosunkowo wypadki otrzymał K. u chorych z suchotami dziedzicznemi.

ss) Wilson (*Brit. med. Journ.* 1880, 31 stycznia) poleca zażywanie sproszkowanego jodoformu w postaci tabaki przeciw nieżytowi nosa. Sposób ten ma uśmierzać i skracać nieżyty nosa, zwłaszcza ciężkie; w lekkich postaciach środek ten ma być rychléj szkodliwym niż pożytecznym.

ss) Dr. Vaudois donosi (*Progrès med.* 1880, Nr. 6) o skuteczności polecanych przez Blachego kapsułek kamfinowych, *Capsules d'huile de Gabian*, w cierpieniach dróg oddechowych, także i w pierwszym okresie suchot, połączonych z obfitém wydzielaniem wypociny. Środek ten ma w powyższych cierpieniach a także i w napadach astmatycznych znakomite oddawać usługi. V. sądzi, że korzystne to działanie kamfiny przypisać należy szybkiemu wydzielaniu się tego środka przez płuca. V. podaje do 20 kapsułek rano i wieczorem; Blache zaś twierdzi, że chorzy mogą i 200 grm. zażywać bez szkody.

ss) Pomiędzy środkami polecanemi w nowszych czasach w celu zapobieżenia gorączce połogowéj, zachwalano także wypłukiwanie po każdym, nawet i prawidłowym porodzie pochwy, szyi macicznéj i saméj macicy 2—3% rozczynem kwasu karbolowego za pomocą cewy połączonéj z irygatorem. O skuteczności i wartości leczniczéj tego to zabiegu donosi Dr. Hofmeier w *Centralblatt für Gynaekologie* co następuje: Z 260 przypadków prawidłowego porodu, w których przepłukiwano w powyższy sposób macicę, zapadło na różne sprawy zapalne ze strony narządu płciowego 42 czyli 16%, z 249 zaś takichże przypadków, w których zabiegu wzmiankowanego zaniechano, 19 czyli 8%; i to z pierwszéj grupy 8 z przebiegiem ciężkim, z ostatniéj tylko 1. Liczby te nie przemawiałyby więc bynajmniéj za skutecznością rzeczonego przepłukiwania, a zdaniem H. zabieg ten ma być jeszcze niebezpieczniejszym śród niekorzystnych w ogóle stosunków połogowych. — Inaczéj rzecz się ma w razach, gdy już podczas porodu rozwijają się procesy rozpadu i gnicia, z wytwarzaniem gazów w macicy i następową gorączką. Przedewszystkiém należy tu masy rozpadowe jak najzupełniéj wydalić i uczynić je nieszkodliwemi. W tym celu może służyć przepłukanie macicy rozczynem przynajmniéj 5% kwasu karbolowego. Z leczonych w ten sposób 27 rodzących, u których wytwarzały się gazy w macicy, a gorączka dochodziła do 41,3, tętno zaś do 144, zmarło tylko 6, t. j. 22%. Również i po wydaleniu gnijących resztek po poronieniu, można przez przyżeganie błony śluzowéj macicy rozczynem karbolu przerwać i stłumić dalszy proces rozpadu i gorączkę.— W tymże czasopiśmie opisuje Dr. Reimann z Kijowa przypadek, w którym przepłukanie macicy bardzo niebezpieczne pociągnęło za sobą następstwa. U kobiety, u któréj po niezupełném wydobyciu łożyska, odpływ z części rodnych stał się cuchnącym i lekkie powtarzały się dreszcze, przedsięwzięto przepłukiwanie macicy 2% rozczynem kw. karbolowego. Po pierwszém przepłukaniu chora skarżyła się tylko na nudności i ból głowy: po drugiém zaś tętno stało się bardzo częste, nitkowate, nastała duszność, poty, zziębnienie odnóg, rozszerzenie źrenic, powietrze wydychane okazywało wyraźną woń kwasu karbolowego a mocz był skąpy i prawie czarny. Mimo dość rozcieńczonego rozczynu kw. karbolowego, użytego do przepłukania macicy, rozwinęło się więc w tym przypadku ostre zatrucie kwasem karbolowym. Chora powoli wróciła do zdrowia, chociaż przez dłuższy czas jeszcze tak charakterystyczna woń oddechu, jako i ciemna barwa moczu utrzymywały się.

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna odbyła d. 13 bm. pod przewodnictwem prof. Janikowskiego posiedzenie, na którém: 1) uchwalono, aby masło na targach było sprzedawane w osełkach zamiast w garnuszkach wbrew przedstawieniu komisaryjatu targowego, który za sprzedażą w garnuszkach obszerne robił przedstawienie; 2) przyjęto do wiadomości rozporządzenie Rady szkolnéj okręgowéj, aby szkoły podczas mrozów powyżéj 16° R. były zamykane; 3) uchwalono nie ogłaszać w „Czasie“ wiadomości o konfiskatach targowych z powodu kosztów z tém połączonych, tylko oświadczono się za tém, aby fałszerzy pokarmów lub napojów karano aresztem lub grzywnami; 4) nie przychylono się do prośby, aby pozwolić używać wody ze studni domu pod l. 113 Dz. I. do celów gospodarczych, ponieważ nie da się ściśle przestrzegać, czy wody używa się tylko do potrzeb gospodarczych; 5)

uchwalono pozwolić używać wody ze studni pod l. 349 Dz. I, ponieważ według badania chemicznego prof. Stopczańskiego nie jest w znacznym bardzo stopniu zanieczyszczoną; 6) uchwalono wysłać komisyję do zbadania stanu studni saméj i jéj otoczenia pod l. 40 Dz. IV, któréj woda zawiera 4,0 kwasu azotowego na 100000 wody; 7) ogłoszenie dotyczące policyi zdrowia wydane przez magistrat lwowski oddano Drowi K. Grabowskiemu do opinii, czy i w Krakowie należałoby takowe zużytkować; 8) Dr. Buszek podał wiadomość o śmiertelności m. Krakowa w ostatnich miesiącach głównie z ospy i stwierdził, że epidemija ospy w lutym się przełamała; 9) Dr. Lutostański odczytał część pracy statystycznéj dotyczącéj wychodków w mieście Krakowie. *J. B.*

Statystyka epidemij. W Londynie bardziéj się rozszerzyła ospa (w 9 tygodniu), leczyło się w szpitalach 175, zapadło świeżo 58, umarło 13. W Budapeszcie umarło 4, w Tryjeście 6, w Petersburgu 8, w Madrycie 35, w Paryżu 78, w Wiedniu 10, w Bukareszcie 38. Odra jeszcze bardziéj się rozszerzyła w Amsterdamie i Madrycie. Z duru umarło w Paryżu mniéj znacznie 67, za to w Petersburgu o wiele więcéj mianowicie z duru brzusznego 60, z duru powrotnego 28, z duru osutkowego 39. Krztusiec ustaje w Londynie. W tygodniu 10 umarło w Krakowie: 2 z ospy, 1 z gorączki połogowéj, 1 z kiły, a doniesiono o 11 przypadkach ospy (5 w wojsku, 1 ze Zwierzyńca, 1 z ul. Żydowskiéj l. 231; 1 z koszar straży pożarnéj, 1 z Kleparza, 1 ze szpitala św. Ludwika); 1 ospicy (z ul. Górnych Młynów l. 112); 1 płonicy (?); 1 duru brzusznego (z Podgórza); 1 róży; 16 zimnicy (w wojsku).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 9 umarło na 1000 i rok w Krakowie 40,0; w Warszawie 26,3; w Poznaniu 26,9; w Wiedniu 28,8; w Budapeszcie 34,6; w Tryjeście 41,3; w Berlinie 26,2; w Monachowie 32,9; w Wrocławiu 30,5; w Dreźnie 21,2; w Lipsku 23,1; w Bazylei 34,7; w Brukseli 29,3; w Paryżu 31,0; w Londynie 23,7; w Kopenhadze 26,7; w Stokholmie 28,8; w Chrystyjanii 21,4; w Petersburgu 55,4; w Odesie 35,4; w Rzymie 56,0; w Bukareszcie 43,9; w Madrycie 53,7; w Aleksandryi 32,9; w Nowym Yorku 23,2; w Bombayu 32,4; w Madrasie 51,8. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków.** d. 17 marca. Donosiliśmy w swoim czasie, że stowarzyszenie lekarzy dolno-austryjackich z powodu jubileuszu srebrnego wesela N. Państwa rozpisało konkurs na najlepsze dzieło popularne o higijenie. Stowarzyszenie otrzymało w skutek tego konkursu 11 rękopismów. Sędziowie (radca dworu Langer, prof. Nowak i Dr. Witlacil) przyznali nagrodę (300 zła.) pracy nadesłanéj pt. *„Gesundheitslehre für das Volk, in 19 Briefen an eine Frau,“* któréj autorem jest Dr. Franciszek Höber, lekarz prakt. w Homburgu a/H.

* Po Sukiennicach najbardziéj imponuje przyjeżdżającym do Krakowa, zwłaszcza lekarzom, szpital św. Łazarza, który z każdym rokiem coraz bardziéj nabiera wejrzenia wielkomiejskiego. Przy nadchodzącéj wiośnie wypadałoby atoli pomyśleć o założeniu ogrodu, który jest koniecznie potrzebnym dla chorych, a zwłaszcza rekonwalescentów.

* Dr. J. Kopernicki, Docent Uniw. Jagiell. d. 1 maja udaje się do Maryjenbadu, gdzie jako lekarz zdrojowy ordynować będzie w ciągu całego sezonu.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Sklifaszewski w Petersburgu mianowany został profesorem kliniki chirurg. w Moskwie. — Guéniot w Paryżu wybrany został członkiem akademii lekarskiéj.—Radca dworu Dr. Maurycy Röll, b. prof. weterynaryi we Wiedniu, powołany został do bióra sanitarnego w ministerstwie spraw wewn. jako nadzwyczajny referent fachowy w sprawach weterynarskich.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł Dr. Auzoux, anatom, słynny ze swoich preparatów, w 82gim roku życia, a w Bordeaux okulista Guépin licząc lat 48.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 5: Kramarzyńskiego (w Brzesku): Przypadek sądowolekarski; Żulińskiego (we Lwowie): Dusznica bolesna; Eitelberga: Kilka słów o higijenie zwierząt domowych. — W *Medycynie* Nr. 11: Matlakowskiego: Dwa przypadki pewnéj postaci przewlekłego zapalenia krtani; Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorób piersiowych w Mieni (c. d.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 11: Wisłockiego: Leczenie sztucznem powietrzem (c. d.); hr. Krasińskiego: Kwestyja sanitarna m. Warszawy (c. d.)

Piśmiennictwo lekarskie. W sprawie słowniczka wyrazów psychijatrycznych, omówionego w Numerze ostatnim, otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Kolego Redaktorze!

W imieniu Komisyi terminologicznéj, t. j. kol. prof. Oettingera i swojém, pospieszam podziękować za to, że Szanowny Kolega tak rychło poddał dokładnemu i łaskawemu rozbiorowi ogłoszony na próbę słowniczek psychijatryczny. Tym sposobem szczegóły wątpliwe terminologii psychijatrycznéj naszéj wprowadzone zostały słusznie na tory roztrząsania w dzienniku lekarskim; ponieważ jednak nie wszystkie uwagi Szan. Kolegi potrafiły nas przekonać: przeto uprzejmie upraszam o gościnność dla następującéj odpowiedzi w „Przeglądzie Lekarskim“.

A najprzód nie możemy się zgodzić na pewną przesadę logiczności, z powodu któréj Szan. Kolega chciałby potępić takie wyrażenia, jak np.: otępienie obojętne, podniecenie szalone, obłąkanie rozprawiające lub rozumujące, obłęd złodziejski itd., ponieważ właściwie nie otępienie, lecz człowiek otępiały jest obojętnym; ponieważ nie obłąkanie, lecz obłąkany rozprawia lub rozumuje; ponieważ chory na kleptomaniję nie jest złodziejem, ale podobnym do złodzieja itd. Ale w języku naszym (podobnie jak w wielu innych) nie ma potrzeby takiéj przesady logicznéj; każdy rozumie, co znaczy „pomysł szalony“ albo wieczór tańcujący“, chociaż nie pomysł oszalał, tylko człowiek, w którego głowie powstał; ani też wieczór nie tańcuje, lecz zebrani goście. Z tego powodu, zdaniem naszém, wyrażeń powyższych itp. odrzucać bezwarunkowo nie można. Zresztą co do otępienia obojętnego przyznaję, iż tłumaczenie wyrazu *dementia apathica* jest zbyt niewolnicze; może stósowniejszém byłoby: otępienie krańcowe. Co do wyrażeń na *dementia* i *idiotismus*, pragnęliśmy wyraz niedołęstwo zachować dla formy pierwotnéj (wrodzonéj lub wcześnie nabytéj), otępienie zaś dla formy następowéj osłabienia umysłowego.

Co do obłędu mężobójczego, to wyraz mężobójstwo znaleźliśmy w słowniku prawniczym Akademii Umiejętn. (wyd. 2ie, Kraków, 1874, str. 206). Nie mamy zamiaru kruszyć kopii za wyrazami: zbałwanienie (*automatisme*), czartobłąd (*daemonomania*), bożobłąd (*theomania*), które kładliśmy na 2ém lub 3ém miejscu, lubo zdaniem naszém dosyć dobrze oddają myśl główną; ale nie trafia nam do przekonania powód przytoczony przeciwko pierwszemu z tych wyrazów, a mianowicie, że jest zbyt trywijalny. Zapewne, że w towarzystwie kobiet nie powiemy o kimś, że zachowuje się jak bałwan; ale też w towarzystwie takiém nie użyjemy wyrazów: cuchnienie, głupota, niechluj (*gâteux*), pośladek itp., bez których w pismach lekarskich nie możemy się obejść.

Co do wyrazu *Präcordialangst* Szan. Kolega tylko nam powiedział, że udręczenie przysercowe jest tłumaczeniem niestosowném; nam się zdaje, że ujdzie w braku lepszego, albowiem jestto w saméj rzeczy uczucie udręczenia biorące początek w okolicy przysercowéj.

Nareszcie dodatek w nawiasie przy tłumaczeniu wyrazów francuskich: *cagots* i *cretins* nie zdaje nam się być zbytecznym, albowiem objaśnia, w jakich okolicach Francyi te wyrazy są używane.

Łączę koleżeńskie pozdrowienie
w Krakowie dnia 14 marca 1880. *Prof. Janikowski.*

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Wtorek d. 23 marca o godz. 5téj popołudniu w sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém 1) kol. Śliwiński odczyta wiadomość o zakładzie żentyczno-klimatycznym w Kulaszném i sprawozdanie z ubiegłéj pory letniéj; 2) kol. Skórczewski odczyta z swéj dyjetetyki zdrojowéj dalszy ciąg o środkach leczniczych, a zwłaszcza o kąpielach.

Korespondencyje Redakcyi i Administracyi

Dr. R. w Chełmnie: Otrzymaliśmy i dziękujemy za obiecane sprawozdanie. — **Dr. Z. w Brzeżanach:** Artykuł umieści-

my, prosimy tylko o cierpliwość. Podajemy Koledze 4 dzieła traktujące o szpitalach choć literatura téj części higijeny jest bardzo obfitą. 1) Esse *Die Krankenhäuser, ihre Einrichtung u. Verwaltung.* Berlin 1866, z atlasem. 2) Dr. Oppert: *Hospitäler u. Wohlthätigkeitsanstalten.* Hamburg 1875. z 69 rycinami. 3) Dr. Sander: *Ueber Geschichte, Statistik, Bau u. Einrichtung der Krankenhäuser nebst einem Bericht über das Krankenhaus der Stadt Barmen.* Z 3 tablicami i tabelką. Köln 1875. 4) Husson *Etude sur les hôpitaux considerés sous le rapport de leurs batiments, de l'ameublement, de l'hygiene et du service des malades.* Paris. 1863, w 4ce. W czasopiśmie *Annales d'hyg. publ.* znajduje się: Sarazin *Essai sur les hôpitaux, dimensions, emplacement construction aeration chauffage et ventilation.* (T. XXIV 1865) Tegoż: *Essai sur les hôpitaux de Londres.* (T. XXV 1866). Jacquement: *Des hopitaux et des hospices des conditions qui doivent presenter ces etablissements au point de vue de l'hygiene et des interets de population.* (T. XXVII 1867). — **Prof. Ł. w Warszawie:** Serdecznie dziękujemy. żałujemy tylko, że już w tym numerze nie może być umieszczoném.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 27 marca 1880. № 13. Rok XIX.

TREŚĆ: I. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r. RYDYGIER. Dwie owaryjotomije Wyzdrowienie. — II. OBTUŁOWICZ. Zator tętnicy płucnéj z przebiegiem nader pomyślnym. (Dok.) — III. *Oceny i sprawozdania:* NATANSON: Przyczynek do historyi rozwoju glist okrągłych pasorzytnych. HÜBNER: O leczeniu ospy. Sprawozdanie Dra J. Warschauera. WIDMANN. ROSER. WEIGERT. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Odcinek:* Prof. ŁUSZKIEWICZA: List otwarty do Redakcyi Przeglądu w sprawie słownika lekarskiego. — V. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r.[1]).

II.

Dwie owaryjotomije. Wyzdrowienie.

Napisał Dr. Rydygier.

W ostatnich latach tak często wykonywano owaryjotomije, i to z coraz lepszym skutkiem, że w ogóle szczegółowy opis podobnych przypadków tylko wtenczas jest usprawiedliwionym, jeżeli zawierają jakie niezwykłe powikłania lub z innych względów są zajmujące. Właśnie przypadki nasze, a mianowicie drugi pod tym względem zasługują na ogłoszenie. Nadto w literaturze naszéj ojczystéj, o ile nam przystępna, znajdujemy tylko nadzwyczaj małą liczbę opisanych przypadków: W Przeglądzie Lek. od r. 1876 aż do dziś nie natrafiamy ani jednego przypadku opisanego[2]), a w Gazecie Lekarskiéj do r. 1877 znajdujemy tylko jeden przypadek owaryjotomii przez pochwę z zejściem pomyślném, prócz tego jeden przypadek z zejściem śmiertelném (Girsztowt, Odczyty i spostrzeżenia chirurgiczne. Warszawa, 1869).

Girsztowt namienia atoli przy opisie pierwszego przypadku (Gaz. Lek. tom XXI, pag. 418), że w Warszawie od 1867 r. stosunkowo dosyć często wykonywano owaryjotomiję: sam Girsztowt wykonał ją 15 razy, kilka razy ze skutkiem pomyślnym. Mimo to sądzę, że stosunkowo daleko mniéj u nas wykonywa się owaryjotomij, niż w Niemczech, a nie zbywa nam przecież na materyjale odpowiednim, boć podczas mego krótkiego pobytu w Wiedniu Billroth 2 Polki z okolicy Lwowa operował.

Spodziewamy się, że opis naszych przypadków zachęci i innych kolegów do ogłoszenia swoich, a może i przyczyni się do większego u nas rozpowszechnienia operacyi. Opisy choroby sporządziliśmy podług „T. Spencer Wells' Notizbuch", które czytelnikom zapewne jest znane.

Przypadek I.: Karolina Sieg, 46 lat licząca, z Chełmna, pochodzi z familii zdrowéj, w któréj, o ile jéj wiadomo, nigdy podobnych chorób nie było. Sama nie przebyła żadnych chorób cięższych. Po raz pierwszy dostała regularności w 15 r. i miewała ją regularnie aż dotąd co 4 tygodnie przez 3—4 dni z wyjątkiem jednego razu przed 3 laty: wtenczas po zaziębieniu przez dwa miesiące nie miesiączkowała. Dwa razy wyszła za mąż i 8 razy rodziła: najstarsze dziecko liczyłoby 23 lat, najmłodsze liczy 4 lata. Wszystkie dzieci zwykle przez 15 miesięcy karmiła. Pierwszy raz przed 4ma laty zauważyła guz w żywocie, który powoli się powiększał, a od roku dopiero zaczął jéj dolegać; wtenczas bowiem po praniu po raz pierwszy uczuła bóle w żywocie, i to kłucie w bokach. Dolegliwości te powoli ustały, aż znowu przed dwoma tygodniami z gorączką na nowo się pojawiły. Od roku czuje ciężar w pochwie i ciśnienie na pęcherz: jeżeli spokojnie siedzi, musi co 4—5 minut mocz oddawać, podczas pracy i cały dzień może go utrzymać. Niekiedy występowało uczucie obumierania, mianowicie odnogi dolnéj. Zaparcia stolca nie bywało. Powyżéj wspomniane pogorszenie objawów przed rokiem i 2 tygodniami połączone z boleściami żywota i gorączką można uważać jako zapalne podrażnienie otrzewny.

Badanie choréj dnia 27/IX 1879 wykazało co następuje. Kobieta słabowita z brudno-żółtą cerą twarzy i znacznie wynędzniała. Skóra dziś wyjątkowo spocona, zwykle sucha, ciepłota nie podwyższona. Na dolnych odnogach niektóre żyły rozszerzone i puchlina podskórna.

Wymiary żywota: Obwód brzucha na wysokości

[1]) W sprawozdaniu naszém tylko ważniejsze przypadki opiszemy, mniéj ciekawe zupełnie pominiemy.

[2]) W sprawozdaniu Dra Radeka z oddziału Obalińskiego znajdujemy krótką wzmiankę o jednéj owaryjotomii śmiertelnie zakończonéj (Przegl. 1876, s. 204). (O ile nam wiadomo operowano dotąd w Krakowie 8 czy 9 razy; z tych jeden przypadek operowany przez prof. Madurowicza, zakończył się wyzdrowieniem. *Uwaga Redakcyi).*

pępka 107 cm.; 2. Od końca wyrostka mieczykowatego do pępka 24 cm.; 3. Od pępka do spojenia łonowego 33 cm.; 4. Od prawego kolca biodrowego górnego przedniego do pępka 31 cm.; 5. Od lewego kolca biodrowego przedniego górnego do pępka 32 cm. Guz jest poruszalny, wypełnia cały żywot i trudno stanowczo wykluczyć zrosty. Ściany brzuszne bardzo cienkie, pokryte licznemi smugami białemi i cokolwiek rozszerzonemi żyłami. Chełbotanie i falowanie bardzo wyraźne. Brak bólu na ucisk i trzeszczenia, z przodu stłumiony odgłos ku górze sięga na 3 palce poniżéj wyrostka mieczykowatego; w okolicach lędźwiowych ku tyłowi odgłos jelitowy. Wysłuchiwanie okolicy guza daje wynik ujemny.

Badanie miejscowe macicy: Położenie prawidłowe; jama maciczna $4^1/_2$ cala długa; ujście maciczne ma otwór podłużny, część pochwowa stanowi czopek miękki, krótki, leży tuż za spojeniem łonowém. Pochwa szeroka, gładka, sklepienie wypełnione po części guzem; za dotknięciem palca atoli guz porusza się łatwo ku górze; w prawéj stronie wyczuwa się wtenczas niewyraźnie jakby szypułkę łączącą guz z macicą.

Badanie reszty przyrządów, jak moczowego, oddechowego, krążenia i trawienia, również systemu nerwowego nie wykazało żadnych znaczniejszych nieprawidłowości.

Rozpoznanie: Torbiel jajnika, prawdopodobnie prawego, bez znacznych zrostów w ogóle, a mianowicie bez zrostów w małéj miedniczce. Z tego powodu mimo bardzo mizernego wyglądu choréj rokowaliśmy nie źle i zaleciliśmy operacyę.

Na 4 dni przed terminem naznaczonym do operacyi pojawiła się regularność. W dzień przed operacyją po południu zupełnie ustąpiła, ale w nocy znowu się pojawiła, w sam dzień zaś operacyi z rana była tylko nieznaczną. Mimo to okoliczności zewnętrzne skłoniły nas do podjęcia operacyi w dniu naznaczonym.

Operacyję wykonaliśmy w pokoju na ten cel już przez tydzień odwietrzanym codziennie; kilka litrów 2% i 5% rozczynu kwasu karbolowego rozpylaliśmy, tak samo 1 liter krótko przed operacyją. Pokój był ogrzany do 22°R. Podczas operacyi nie używaliśmy sprayu z resztą zachowaliśmy skrupulatnie i drobiazgowo przepisy sposobu przeciwgnilnego tak co do operowanéj, jako narzędzi i nas samych. Na świeżo przyrządzonym stole operacyjnym ułożyliśmy chorą w znak i przykryliśmy gumą z otworem w środku; brzegi otworu osmarowane przylepcem przylepiliśmy do ścian brzusznych. Do uśpienia użyliśmy mięszaniny Billrotha:

Rp. *Chlorof. 120,0*
Alcohol.
Aether sulf. aa. 60,0 [1])

Przecięcie skóry wykonaliśmy w kierunku białéj linii na przestrzeni 15 cm. kończąc na $2^1/_2$ cm. powyżéj spojenia łonowego. Przekonawszy się za pomocą wprowadzonéj do jamy brzusznéj ręki, że zrostów prócz jednego nie ma, nakłuliśmy torbiel trójgrańcem Sp. Wellsa. W silnym prądzie wypłynęło około 18 litrów płynu. Asystent odpowiednio do zmniejszającego się torbiela coraz silniéj przyciskał ściany brzuszne, tak że nic płynu nie dostało się do jamy brzusznéj, mimo że zauważyliśmy, jak nietylko światłem trójgrańca, ale i obok niego i szparami wcale znaczna część płynu się wydobywała [1]). Cały guz sklęsł zupełnie, następnie wyciągnęliśmy go powoli przez ranę aż do miejsca przyrostu. Tu sieć była wielkości talara, do ścian torbieli przyrośnięta. Zrośnięcie w 3 częściach podwójnie podwiązane katgutem, pomiędzy ligaturami przecięliśmy. Teraz udało się cały torbiel wyciągnąć i założyliśmy na szypułkę klamrę, najprzód z lekka, pod nią ligaturę z mocnego jedwabiu, a nareszcie silnie zamknęliśmy klamrę. Po odcięciu guza przyżegnęliśmy szypułkę najprzód 10% rozczynem chlorku zynku, a następnie termokauterem Paquelina. Krwawienia nie było żadnego, lewy jajnik znaleźliśmy zdrowy, macicę cokolwiek w szyjce wydłużoną.

Po oczyszczeniu jamy brzusznéj, a mianowicie małéj miedniczki, połączyliśmy ranę 6 głębokiemi i 4 powierzchownemi szwami z karbolizowanego jedwabiu — wszystkie szwy przeszywały i otrzewnę. Sączka nie założyliśmy żadnego. Oprawa Listerowska; chorą ułożyliśmy w tym samym pokoju, gdzie była operowaną.

Stan znaleziony przy operacyi zgadzał się zupełnie z naszém rozpoznaniem przed operacyją. Torbiel był jednokomórkowy.

Z leczenia następnego namieniamy: w nocy i dnia następnego po operacyi kilkakrotne wymioty, brzuch nie wzdęty, ani bolesny. Drugiego dnia wymioty ustały. Ciepłota zwykle normalna 2 razy podniosła się do 39°; raz zaraz w dniu następnym po operacyi, ale tylko na 2 godziny, a potém spadła napowrót na 37,3; a drugi raz 8 dnia wieczorem (następnego dnia rano była znowu 36,4, wieczorem 37,3).

10 dnia wstała chora wbrew naszéj woli, gdy posługaczka na chwilę była wyszła, i przeszła z jednego łóżka do drugiego.

19 dnia klamra odpadła, a 26 dnia po operacyi chora ze zakładu uciekła — mimo że rana w dolnym końcu, gdzie leżała klamra, jeszcze nie była zupełnie zagojoną, a następnego dnia już prała bieliznę. To téż podobna lekkomyślność nie uszła bezkarnie: po kilku tygodniach znaleźliśmy przy badaniu przepuklinę brzuszną, wskutek czego choréj zaleciliśmy pas gumowy.

Przypadek II.: Dorota Drążkowska, 50 lat licząca, ze Świecia, pochodzi ze zdrowych rodziców. Dzieckiem będąc chorowała na odrę i biegunkę krwawą, a późniéj miała kołtun. W 15 r. dostała po raz pierwszy regularności i miewała ją co 4 tygodnie do 49 roku. Dwa razy wyszła za mąż; z pierwszym mężem miała dzieci, z drugim nie było żadnych. Najmłodsze dziecko liczyłoby obecnie 13 lat, ale nie żyje. Dwoje dzieci karmiła przeszło rok. Od 8 lat już czuje się nie zupełnie zdrową; miewała białe i krwawe upławy, ból w krzyżu i głowie. Powoli dołączyło się uczucie ciężaru w pochwie, jakby macica miała wypaść. Mocz musiała niekiedy oddawać często, a wtedy był gęsty i w małéj ilości; nogi zwykle opuchały a żywot cokolwiek bardziéj nabrzmiewał. W początkach cierpienia niekiedy sutki jéj nabrzmiewały i bywały bolesnemi. Przed 4 laty pierwszy raz spostrzegła guz w żywocie, który od tego czasu powoli rósł. Przed 2 laty lekarz domowy nakłuł żywot; ale mimo kilkakrotnéj próby płynu nic się nie wydobyło. Późniéj

[1]) Tak w tym przypadku, jako i wielu innych nie mogliśmy sprawdzić twierdzenia Billrotha, że chorzy po użyciu téj mięszaniny nie wymiotują.

[1]) Słusznie dla tego teraz Schroeder w najnowszém wydaniu swoich: „*Krankh. der weibl. Geschlechtsorgane*“ radzi nakłuwać torbiel zwykłym nożem.

objawy od czasu do czasu się pogorszały, a w czasie kiedy chora puchła, występowały też i bóle w żywocie.

Badanie dnia 8/XII 79. Chora nie bardzo wynędzniała, cery brudno-żółtéj, o miernym pokładzie tłuszczowym. Na powierzchni ciała nie spostrzegamy nic osobliwszego: ciepłota nie podwyższona, bez potu, bez obrzmień, bez wrzodów, na nogach cokolwiek rozszerzone żyły, brak puchliny, sutki małe, brodawki występujące.

Wymiary żywota: 1. Obwód na wysokości pępka 110 cm.; 2. Od końca wyrostka mieczykowatego do pępka 25 cm.; 3. Od pępka do spojenia łonowego 36 cm.; 4. Od prawego kolca biodrowego przedniego górnego do pępka 34 cm.; 5. Od lewego kolca biodrowego górnego przedniego do pępka 33 cm.

Guz jest poruszalny, o gładkiéj również powierzchni, wypełnia cały żywot, zrostów nie można wykryć, ściany brzuszne cieńkie, liczne smugi białawe, kilka żył rozszerzonych, chełbotanie wyraźne, nie brak falowania, trzeszczenia nie ma ani bólów za dotknięciem, odgłos z przodu tępy, nie ma żadnych szmerów, odgłos w okolicy lędźwiowéj jelitowy, brak objawów widocznych ucisku guza na inne przyrządy.

Badanie miejscowe macicy: Położenie ku przodowi, tuż za spojeniem łonowém, nie wydłużona część pochwowa przedstawia szeroki, miękki czopek; pochwa szeroka, odbytnica i odbyt normalne, również reszta przyrządów. Chora spoczywa najwygodniéj na prawym boku.

Rozpoznanie: Torbiel jajnika jednokomórkowy. Rokowanie: dobre.

(Dokończenie nastąpi).

II. Zator tętnicy płucnéj z przebiegiem nader pomyślnym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Z powodu olbrzymiéj otyłości chorego nie można go było często podnosić i utrzymywać w położeniu siedzącém, zwłaszcza w pierwszych dniach po napadzie duszności, gdyż wszelkie ruchy męczyły i osłabiały go, skutkiem czego drobiazgowe i nader dokładne skreślenie przebiegu sprawy zapalnéj w płucu prawém po wystąpieniu zatoru napotkało niestety na ważne przeszkody, a chęć klinicznéj obserwacyi musiała ustąpić pierwszeństwa spokojnemu i wygodnemu ułożeniu chorego; spokój zaś bezwzględny był tém bardziéj wskazanym, ponieważ prawdopodobnie jakieś, może bezwiedne w czasie snu, poruszenie nogą chorą sprowadziło oderwanie się skrzepu w żyle kostkowéj większéj, a zarazem i wszystkie następstwa zatoru.

Co do objawów ogólnych, to można tylko zaznaczyć, że chory w dniach następnych, licząc od 16 czerwca 1876, miał się stosunkowo wcale dobrze, że więc następstwa zatoru miały przebieg nadzwyczaj łagodny; co tylko popiera przypuszczenie, że najprawdopodobniéj została zatkaną jakaś grubsza gałąź tętnicy płucnéj, zaopatrująca może znaczną część płatu dolnego płuca prawego, i że dzięki dość szybkiemu wyrównaniu się tego zaburzenia w krążeniu i oddychaniu chory wkrótce pozbył się duszności i wszelkich innych groźnych przypadków poprzednio szczegółowo omówionych. Za zatkaniem grubszéj gałęzi tętnicy płucnéj przemawia w ogóle cały obraz tak wybitny zatoru téjże tętnicy, w szczególności zaś i sinica, pot zimny, ziębnięcie odnóg, znaczne i częste napady duszności świadczące o wykluczeniu nagłém znaczniejszéj przestrzeni płucnéj z udziału w utlenianiu krwi żylnéj, nadzwyczaj szybkie i słabe uderzenia serca, wreszcie przypady ostréj niedokrewności mózgu, w postaci chwilowéj amblyopii; mózg bowiem zamiast zwykłéj ilości krwi tętniczéj skutkiem nagłego odcięcia znaczniejszéj ilości krwi i niemożności jéj utlenienia, otrzymał w chwili zatoru niedostateczną ilość krwi tętniczéj, a nagłe to zaburzenie w krążeniu musiało wywołać powyżéj wzmiankowane przypady w postaci bólu głowy, amblyopii, szumu w uszach itd. Gdyby przeciwnie tylko mała gałązka tętnicy płucnéj zaopatrująca jeden lub kilka drobnych zrazików miąższu płucnego została zatkaną, wówczas obraz chorobowy nie byłby się przedstawiał w formie tak groźnéj i nie byłby trwał tak długo, zrazik płucny byłby uległ zawałowi krwotocznemu a jako położony w najbliższém sąsiedztwie opłucnéj byłby się zdradził przy dokładném badaniu przez wypuk stłumiony i szmery oddechowe oskrzelowe, nadto następowe zapalenie opłucnéj w miejscu ograniczoném. Gdyby kilka lub kilkanaście drobnych tętniczek płucnych zostało przez drobne okruszyny rozpadającego się skrzepu zatkanych, wówczas obraz chorobowy w chwili zatoru byłby się przedstawił również w formie groźnéj, lecz wówcas zraziki te, podobnie jak i zrazik pojedyńczy, byłyby uległy zawałom krwotocznym z przypadami już powyżéj wyłuszczonemi. W przypadku naszym najprawdopodobniéj nie przyszło do rozległych wynaczynień a przynajmniéj do wytworzenia się zawału krwotocznego w całym płacie, odpowiadającym zaczopowanéj tętnicy; jednakowoż dookoła płatu chwilowo niedokrewnego wytworzyło się wkrótce krążenie uboczne i silne przekrwienie, czemu w zupełności odpowiada rozpulchnienie błony śluzowéj oskrzeli, obecność rzężeń średniobańkowych, nieznaczny tylko kaszel z plwocinami śluzowemi z domieszką krwi, a nadto ujemny wynik badania płuc, tj. brak wydatnego stłumienia gdziekolwiek na przestrzeni płuca prawego, brak szmerów oddechowych oskrzelowych a późniéj także brak tarcia lub przypadów przemawiających za rozwinięciem się ograniczonego zapalenia opłucnéj.

Tak więc dzięki szczęśliwemu zbiegowi okoliczności, a mianowicie szybkiemu wyrównaniu się krążenia i natychmiastowéj energicznéj terapii za pomocą leków silnie czynność serca podniecających, zdołał chory nasz, lubo z wielkim wysiłkiem, przetrwać groźne zaburzenie w swym ustroju, należąc do nielicznych ale szczęśliwych wyjątków, gdyż tak groźne przypady chorobowe u człowieka starego, nadzwyczaj otyłego, z sercem tłuszczem opancerzoném, niechybną śmiercią groziły. Dalszy ciąg historyi jego choroby da się streścić w kilkunastu wyrazach: W tydzień po zjawieniu się złowrogich przypadów zatoru tętnicy płucnéj wystąpił lekki obrzęk wodnisty także koło kostek nogi dotąd zdrowéj, a 9 lipca 1876 pojawiła się niezbyt znaczna gorączka przez nas „resorpcyjną“ nazwana, ponieważ w miarę szybszego ustępowania obrzęku wodnistego na podudziu lewém i znikaniu produktów zapalnych wzdłuż żyły kostkowéj większéj podniosła się również ciepłota ciała do 39·5, a tętno do 116. Stopniowo opadała potém w dniach następnych ciepłota na 39·0, na 38·6 i 38·0°, tętno zaś 108 i 100, tak że po 4 dniach gorączka zupełnie ustąpiła, a obrzęk podudzia malał z dniem każdym.

15 lipca 1876 r. chory po raz pierwszy łóżko opuścił; lecz gdy go posadzono na krześle, omdlał skutkiem osłabie-

nia i chwilowéj niedokrewności mózgu. Posilna mięsna dyjeta, wino i powolne przyzwyczajanie pozwoliły choremu wkrótce znosić położenie siedzące. 20 Lipca mógł chory po raz pierwszy użyć przejażdżki powozem, a 25 t. m. odważył się już odbyć podróż do dóbr własnych, gdzie pod wpływem wiejskiego powietrza i odpowiedniéj opieki lekarskiéj tak szybko siły odzyskał, że już w pierwszych dniach sierpnia bez laski przechadzał się po pokoju, a późniéj i małe przechadzki z małą pomocą pieszo mógł odbywać. Codziennie bandażowano mu nogę opaską flanelową, aby usunąć i resztki bardzo już nieznacznego obrzęku, który się jeszcze utrzymywał koło kostek na podudziu lewém i zwiększał się pod wieczór, zwłaszcza gdy wyzdrowieniec z początku 8, późniéj zaś 10—12 godzin po za łóżkiem przepędzał. Stan ogólny chorego wkrótce nie pozostawiał nic do życzenia; cera czerstwa i zdrowa wkrótce okrasiła twarz sędziwą, poprzednio chorowito-bladą, a odpowiednia dyjeta, niemal wyłącznie mięsna i wino utrzymują siły jego jeszcze dotąd w stanie zupełnie zadowalającym. Obecnie, w 3½ roku po przebyciu zatoru tętnicy płucnéj, cieszy się nasz pacyjent stanem zdrowia nader pomyślnym, chodzi dość dobrze i nie męczy się tak łatwo. Obrzęk koło kostek po roku troskliwego bandażowania opaską flanelową ustąpił zupełnie. Ze strony płuc nie uskarżał się chory ani podczas pobytu na wsi; ani późniéj na najmniejsze zboczenie od stanu prawidłowego, groźne więc cierpienie, które mogło lada chwila przeciąć pasmo życia, i w tym względzie oszczędziło w sposób nader pomyślny naszego pacyjenta.

Oglądając się za podobnemi przypadkami w literaturze znalazłem ich kilka zakończonych zazwyczaj śmiercią po dłuższéj lub krótszéj męczarni. Z pomiędzy przypadków z przebiegiem pomyślnym najbardziéj jeszcze przystaje do mego przypadku przypadek opisany przez Gerhardta (l. c. str. 723), który w streszczeniu przytaczam. W r. 1873 zostawał pod opieką G. młody człowiek, który przebywszy dur brzuszny leżał w łóżku już bez gorączki jako ozdrowieniec i okazywał obrzęk stóp uskarżając się na bóle w łydkach. Rozpoznano zakrzepicę w żyłach podudzia, jaka tak łatwo u ozdrowieńców po cięższéj chorobie powstać może. Wykryto nawet w dolnym zrazie płuca lewego mały zawał krwotoczny, który nie sprawiał choremu żadnych dolegliwości. Wzbroniono téż ozdrowieńcowi wszelkiego wstawania z łóżka i ruchów energicznych, ale zakaz nie został ściśle wypełnionym; to téż przechadzkę jego po sali przerwał napad duszności i omdlenia. Oczywiście podczas owéj przechadzki urwały się kawałki skrzepów z żył podudzia i sprowadziły zator gałązek tętnicy płucnéj. W następstwie wytworzyły się wielkie zawały krwotoczne zrazów dolnych płuc, potém obustronne wysięki w jamy opłucnowe, a po dwóch miesiącach dopiero udało się szczęśliwie chorego wyleczonego wypuścić z opieki lekarskiéj.

W pracy znów Hejdenreicha (*Ueber einige Quellen von Embolie der Lungenarterie. Dissertatio.* Jena 1876. Virchow—Hirsch 1877, str. 96) napotykamy przypadek również z zejściem pomyślném o tyle interesujący, że przyczyną zatoru tętnicy płucnéj i zawałów krwotocznych w płucach w następstwie, była zakrzepica zatok mózgowych z powodu próchnienia lewéj kości skalistéj.

W końcu mojéj rozprawki wypada mi jeszcze dorzucić kilka uwag epikrytycznych co do samego obrazu, jaki nam przedstawił zator tętnicy płucnéj, wraz z najrychlejszemi przypadami cechującemi rzadkie to cirpienie. I tak porównywając co dopiero opisany przypadek z ogólnym obrazem tak pięknie skreślonym przez Gerhardta widzimy przedewszystkiém, iż moment ajtyjologiczny był tu bardzo wydatny, mieliśmy bowiem objawy zapalenia i zatkania żyły kostkowéj większéj na całém podudziu aż do połowy podudzia, a zakrzepicę tę zaliczyć należy w poczet t. zw. zakrzepic starczych. Zgodnie z zapatrywaniem autorów, którzy zakrzepicę w żyłach odnogi dolnéj lewéj uważają za niebezpieczniejszą z powodu niepomyślnego przebiegu żyły biodrowéj, w naszym téż przypadku cierpienie dotykało odnogi lewej. (Gerhardt l. c. str. 724). Napad zatoru wystąpił nagle wśród przypadów groźnych szczególniéj ze strony płuc i mózgu. Podobnie jak w przypadku dostrzeganym przez Gerhardta (str. 726) chory nic prawie nie widział, a członków swéj rodziny poznawał z ich głosu. Skutkiem wykluczenia pewnéj części krążenia płucnego od zdolności utlenienia krwi żylnéj powstała ostra niedokrewność mózgu. Następnie rysy chorego się zmieniły, wargi zsiniały, twarz była woskowo-żółta, a wyraz trwogi malował się na niéj bardzo wydatnie. Skutkiem nagłego zwężenia tętnicy płucnéj z powodu zatorowania jednéj części z jéj rozgałęzień nastąpiła niedokrewność w układzie tętniczym, a przepełnienie układu żylnego. To téż wyrazem tych zmian w krążeniu było zniżenie ciepłoty odnóg, pojawienie się potu zimnego na czole i na odnogach. Tętno sprychowe było niemacalne, późniéj bardzo szybkie i zwolna dopiero w miarę wyrównania się zboczeń w krążeniu wracało do stanu prawidłowego. Niedokrewność mięśnia sercowego staje się przyczyną osłabionych skurczów serca, a brak ten energii serca objawia się niemacalnością tętna sprychowego. Najwybitniejszym przypadem zaraz po rozpoczęciu się całego tego groźnego dramatu była duszność nadzwyczaj silna; to téż oddechy forsowne, kurczowe, z ruchem skrzydeł nosowych, wciąganiem powłok brzusznych następowały szybko po sobie i dochodziły do 60 blisko na minutę; a przypad ten tém bardziéj zwrócił uwagę lekarzy na groźne niebezpieczeństwo zatoru tętnicy płucnéj, ponieważ chory nigdy nie cierpiał na rozedmę płuc z napadami duszności. W miarę wyrównywania się zboczeń w krążeniu płucném skutkiem wytworzenia się obiegu obocznego, tj. rozszerzenia się drożnéj jeszcze kolei krążenia płucnego, w ciągu pół doby tętno stało się pełniejszém, trupia bladość ustąpiła z twarzy, na którą wróciła barwa naturalna, różowa; duszność ustąpiła niemal zupełnie; przebieg w ogóle był pomyślny. Auskultacyja wykazała w pierwszym dniu cierpienia z tyłu w części dolnéj płuca niemal zupełny brak szmerów oddechowych, a stan ten wybornie licuje z doświadczeniami Cohnheima i Littena, jakie robili na zwierzętach, które pokrótce przytaczam (*Ueber die Folgen der Embolie der Lungenarterien, Cohnheim und Dr. Litten. Virchow Arch. Bd. 65)*: „Obadwaj badacze wykazali za pomocą wstrzykiwań błękitu anilinowego niewątpliwie, że tętnice oskrzelowe biorą udział w krążeniu płucném, mimo to jednak nie mogą one pewnego odcinka płuc z zaczopowaną gałązką tętnicy płucnéj w dostateczną ilość krwi zaopatrzyć; a ponieważ tętniczki płucne należą do tak zwanych tętnic końcowych, przeto odcinkowi płuc z zatorowaną tętniczką mogą tylko sąsiednie naczynia włosowate płucne, względnie dość szerokie, odpowiedniéj ilości krwi dostarczyć i tym sposobem wyrównać to zboczenie w krążeniu. To téż wśród okoliczności pomyślnych przy silném napieraniu prądu krwi może się krążenie po za zatorowaną tętniczką płucną zupełnie wyrównać, lecz po największéj części wyrównanie to nie jest tak zupełném, ponieważ prąd krwi

w odcinkach płuc z tętniczką zatorowaną jest słaby i powolny, a wymiana krwi skąpa. Jeżeli ruch krwi w takich częściach płuc zejdzie poniżéj pewnego minimum, to wytwarza się zawał krwotoczny, czemu sprzyja nadzwyczaj wielkie osłabienie prądu krwi w naczyniach włosowatych i bardzo wielki opór w żyłach płucnych, skutkiem osłabienia energii mięśnia sercowego. Odpowiednio temu skutkiem osłabionego prądu krwi w częściach płuc zaopatrzonych przez tętniczki zatorowane, oddychanie, a z niém i szmery oddechowe słabną, a nawet zupełnie znikają; co więcéj nawet skutkiem rozległych zatorów może śmierć nastąpić z prostego tylko niedostatku powietrza, chociaż się nawet żadne zawały nie wytworzą.“

Zator w naszym przypadku, jak to najczęściéj się zdarza, zwrócił się do prawéj gałęzi tętnicy płucnéj, a w płucu prawém ku jego zrazowi dolnemu (Gerhardt l. c. 729) i stał się przyczyną chwilowéj niedokrewności jego, a późniéj po wytworzeniu się krążenia obocznego przyczyną następowego przekrwienia; odpowiednio też temu spostrzeżono najpierw niemal zupełny brak szmerów oddechowych, późniéj zaś rzężenia średniobańkowe i świsty, plwociny krwawe. Na 15 przypadków spostrzeganych przez Gerhardta pojawiły się plwociny krwawe 13 razy, a w 2 przypadkach utrzymywały się przez dni 27; tymczasem Hennig widział je daleko rzadziéj, bo zaledwie 3 razy na 13 przypadków. Zazwyczaj pojawia się wkrótce w miejscu zawału krwotocznego odgłos wypukowy stłumiony, oddech oskrzelowy i rzężenia dźwięczne; a w następstwie, jeżeli zawał leży na powierzchni płuca, jak to zwykle bywa, wytwarza się jeszcze obok tego zapalenie opłucnéj. W naszym przypadku prócz oznak wydatnego przekrwienia błony śluzowéj oskrzeli, rzężeń wilgotnych grubo i średnio-bańkowych i świstów, plwocin krwawych jakotéż osłabienia szmerów oddechowych w dolnym zrazie płuca prawego w dniach następnych niezauważono innych przypadów, prawdopodobnie dla tego, iż stosunkowo dość szybko wyrównywało się krążenie w zrazie płucnym z zatorowaną tętnicą, lub téż z tego powodu, że może taka część płuca znajdowała się w środku i otoczoną była dookoła częściami prawidłowemi zawierającemi powietrze.

Co do przebiegu gorączki w dniach następnych, to z rana była ona niemal zupełnie prawidłową, a tylko wieczorem wzmagała się po nad 38°, a czwartego dnia po napadzie doszła do 39·5° C., potém w przeciągu dni kilku gorączka ustąpiła zupełnie. Przypadki zatorów płucnych mogą jednak przebiegać zupełnie bez gorączki, w innych zaś razach pojawiają się dreszcze, a ciepłota dosięga od 38,3—40° C. Co do uwag terapeutycznych, to dadzą się one streścić w kilku wyrazach. Przy zapaleniach żył należy zalecić bezwzględny spokój, przy wadach sercowych radzi G. unikać lekkomyślnego zadawania naparu naparstnicy, jeżeli dolegliwości są nieznaczne, w razach zaś niedostatecznéj kompensacyi radzi podać silną jéj dawkę, aby w 1—2 dniach nastąpił skutek, i rozciągnąć nad chorym podczas zażywania naparu naparstnicy baczną opiekę lekarską.

W przypadkach nadzwyczaj groźnych, którym towarzyszy omdlenie i drgawki należy zarządzić sztuczne oddychanie, i upust krwi żylnéj.

W przypadkach nieco łagodniejszych z bardzo silną dusznością zaleca G. (str. 737) wstrzykiwanie podskórne morfinu w większych dawkach. Lebert w swém dziele (*Grundzüge der aerztlichen Praxis*, spolszczył Mizerski. Toruń 1873, str. 101) zaleca upust krwi tylko u osób bardzo silnych o tętnie nie zbyt osłabioném; przy słabém zaś uderzaniu serca podawanie leków pobudzających. Najlepszy skutek widział L. podając piżmo w wielkich dawkach, co ½ godziny 0·20—0·35 a przytém stare wino węgierskie (Tokaj), poczém zwykł przechodzić w razie złagodzenia objawów do Liquor ammonii anisati, do kwasu będźwinowego itd. Nadto zaleca rozgrzanie odnóg przez tarcie i okładanie ciepłemi ręcznikami, odciąganie za pomocą gorczyczników i otwieranie okien celem wpuszczania świeżego powietrza. Niemeyer (*Lehrbuch der spec. Pathologie u. Therapie Bd. I*, str. 180) przestrzega bardzo przed upustem krwi i zezwala nań tylko wtenczas, kiedy zatorowanie kilku gałązek tętnicy płucnéj sprowadziło znaczny stopień przekrwienia obocznego i obrzęku surowiczego w wolnych dotąd częściach płuc, gdzie zatém duszność téj głównie okoliczności przyczynę swą zawdzięcza. Zresztą zaleca N. w ogóle leki podniecające, gorczyczniki na nogi i ręce lub téż ciepłe kąpiele nożne i ręczne.

W naszym przypadku uważaliśmy przedewszystkiém za najpierwsze i najcelniejsze wskazanie pobudzić serce do największych wysiłków, aby wyrównać zboczenie w krążeniu i dla tego podawaliśmy środki podniecające jak wino, amonijak z anyżkiem, gdyż szło nam w tak wybitnym przypadku adynamii sercowéj nie o ulgę, ale o uratowanie życia. Po pomyślném przeminięciu groźnego ataku przedstawia dalszy przebieg cierpienia wdzięczne pole do skutecznych zabiegów w dziedzinie terapii odpowiednio do przypadów cierpienia.

W końcu leczenie wzmacniające z pomocą tak dzielnych przetworów, jak żelazo i chinin, uwieńczy wynik pomyślny całego przebiegu tak ciężkiego cierpienia, na którego wspomnienie chory się przeraża, jak na wspomnienie przykrego snu, który go niedawno dręczył.

Ogłaszając niniejszą rozprawkę poczuwam się do sumiennego obowiązku złożenia serdecznego podziękowania Wnemu prof. Drowi Rosnerowi, memu długoletniemu nauczycielowi i kierownikowi, za którego zachętą łaskawą i przewodnictwem doświadczoném ogłosiłem kilka pomniejszych i większych rozpraw, opartych zwłaszcza na podstawie licznych spostrzeżeń klinicznych. Ponieważ rozprawka niniejsza stanowi ostatnie ogniwo prac ogłoszonych z czasów méj asystentury klinicznéj, przeto dołączenie tych wyrazów uznania i wdzięczności uważam za proste spełnienie obowiązku.

III. Oceny i sprawozdania.

Józef Natanson: **Przyczynek do historyi rozwoju glist okrągłych pasorzytnych.** (W Pamiętniku Towarzystwa nauk ścisłych w Paryżu. Tom XI z r. 1879).

W niniejszéj pracy, opatrzonéj czterema tablicami in 4to, autor opierając się na własnych starannych i sumiennych badaniach niemal wyczerpująco przedstawia rozwój zarodkowy i pozarodkowy trzech gatunków glist z rodzaju „ostrogon“ (*oxyuris*), które bardzo często napotkać można w kiszce karakonów czyli szwabów (*blatta*). Jest to monografija, jakich niestety tak mało pojawia się w naszéj literaturze, podczas gdy nie tylko Niemcy, Francuzi i Anglicy ale także i Rosyjanie usilnie pracują w embryjologii porównawczéj, gdyż chodzi o to, aby przez nagromadzenie materyjału szczegółowego téj nauce zbyt jeszcze młodéj dać podwaliny, na

których dopiero może po upływie wielu lat można będzie oprzeć ogólniejsze poglądy.

Szczegóły morfologiczne rozwoju tych glist, choć ważne dla specyjalisty zoologa i embryjologa, może mniéj są zajmujące dla lekarzy, pomijam je więc na tém miejscu. Chciałbym tylko uwagę zwrócić na tę okoliczność, że N. stwierdził iż rozwój jajek tych glist odbywa się pośród najrozmaitszych okoliczności bądź w płynach, a nawet w rozczynach soli metalicznych, bądź téż na sucho, a doprowadziwszy do wytworzenia się tak zwanéj przez autora „poczwarki“ zatrzymuje się na tym stopniu przez czas nieograniczony. Dopiero gdy takie jajka zostaną spożyte przez karakona, w jego kiszce po zniszczeniu osłon jajowych i innych poczwarki ulegają nowym przeobrażeniom, wiodącym do skończonéj i dojrzałéj formy. N. jest przekonany, że te robaki nie mają pośrednich żywicieli, tj. że jajka ich z kałem karakonów wydostają się na zewnątrz pośród tego kału i prochu odbywają pierwszą część swego rozwoju i pozostają następnie w spoczynku, dopóki jakim trafem znowu nie znajdą się w przewodzie pokarmowym karakona. Na poparcie swego zdania N. przytacza liczne fakta, i tylko żałować wypada razem z autorem, że nie przeprowadził w tym względzie dowodu niezbitego, jaki sam uważa za wielce pożądany, a mianowicie że nie eksperymentował z karakonami zupełnie wolnemi od glist, tj. wychowanemi z jajek w odosobnieniu od innych zakażonych już glistami.

Taki dowód przez analogiję rzuciłby światło na historyję życia glist ludzkich *(ascaris lumbricoides)*, która dotychczas jest jeszcze zagadkową.

Rozprawa odznacza się zresztą językiem poprawnym i stylem potoczystym. Wyrazy „o r o d n a,“ „p o d r o d n a“ i „w r o d n a“ wprowadzone przez N. dla oznaczenia blaszek zarodkowych zewnętrznéj, średniéj i wewnętrznéj, jako krótkie i jasne, mogłyby uzyskać prawo obywatelstwa w naszéj terminologii. Natomiast ośmieliłbym się zwrócić uwagę autora, że wyrazy „gospodarz“ i „gospodarz przejściowy“ może zanadto żywcem wzięte są z niemieckiego, i powinnyby ustąpić wyrazom „żywiciel“ i „pośredni żywiciel,“ używanym przez prof. Nowickiego.

Nakoniec żałować wypada, że praca ta przedstawiona jeszcze w r. 1877 na zjeździe przyrodników rosyjskich w Warszawie i w roczniku tegoż zjazdu wydrukowana, może z przyczyn niezależnych od autora tak późno pojawiła się w języku polskim. *H. Kadyi.*

Dr. W. Hübner: O leczeniu ospy.

Sprawozdanie Dra J. Warschauera.

Dr. W. Hübner z Zielenziga przed wielu już laty zastanawiał się nad powstawaniem i leczeniem nagminnych chorób, skutkiem czego wydał broszurkę: *„Über die Entstehung und Heilung der epidemischen Krankheiten.“* następnie w r. 1873 drukiem ogłosił: *Die Heilung der Pocken und die Vaccination*, na Zjeździe przyrodników i lekarzy w Hamburgu r. 1877 odbytym mówił znów o powstaniu i leczeniu chorób nagminnych, a w Kasselu w r. 1878 o zaduchowém zarażeniu, a mianowicie o powstaniu i przyrodzie ospy i leczeniu téjże. W roku 1879 mówił w Baden-Baden: „o powstaniu duru i jego leczeniu“.

Dr. Hübner dowiedziawszy się z dzienników, że w Krakowie panuje ospa, przesłał mi egzemplarz swéj pracy, którą zakomunikowałem Prof. Drowi Jakubowskiemu z prośbą, by w szpitalu pod jego kierunkiem zostającym stósować zechciał podane przez Dra Hübnera leczenie, zwłaszcza że ono w każdym razie nie może być szkodliwém, gdyby się zaś stwierdziła skuteczność onego, byłoby to wielkim i cennym nabytkiem.

Chociaż hypoteza i teoretyczne wywody autora nie odpowiadają obecnym pojęciom, to jednak dla zrozumienia terapii przez niego podanéj należy ją w krótkości przedstawić. Leczenie ostrych chorób zdaniem Hübnera jest główném zadaniem praktycznéj medycyny, nie dla tego, że one nagabywać zwykły człowieka będącego w sile wieku, lecz i z tego powodu, że wywołują nieraz długoletnie i czasem przez całe życie trwające charłactwo.

Obecnie przypuszczają, że nagminne choroby powstają z zarażenia się. Zarażenie pochodzi z wpływów powietrznych, a ponieważ ustrój ludzki ciągle się styka z atmosferą zewnętrzną, bądź przez powłoki powszechne czyli przez skórę, bądź przez płuca, nadto zapomocą tych dwóch czynników tlen z powietrza przyjmuje, a węgiel jako kwas węglowy wydala. Dr. Hübner powiada, że już przed 38 laty przypuszczał, że każda nagminna choroba powstaje przez zboczenie sprawy chemicznéj w skórze i płucach, nie mógł jednak wówczas stwierdzić tego swego przypuszczenia, albowiem anatomija drobnowidowa i fizyjologija nie były wówczas jeszcze doszły do tego stopnia doskonałości, na jakim się obecnie znajdują. Obecnie zaś podaje opis skóry posiłkując się pracami A r t u r a H i l l H a s f a l l s a i J u l i j u s z a A r n o l d a.

Skóra pokryta jest błoną rogową (*epidermis*), przyskórkiem, pod tą leży druga błona śluzową zwana *(cutis mucosa)* z utlenionych komórek téj błony powstaje pierwsza warstwa skóry. Obie te warstwy mają tylko wyprowadzające otwory, są to małe kręte kanaliki potne, nie posiadające naczyń odżywczych, lecz miąższ ich tworzy się z krwi i z limfy wydzielającéj się przez otwory drobne naczyniek włosowatych błony naczyniowéj, stanowiącéj trzecią warstwę, a umieszczonéj w pokładzie tłuszczowym.

Jeżli przez działanie tych chemicznych czynników nie wytwarza się prawidłowa skóra, lecz chorobliwa, natenczas warstwy tejże schorzeniu ulegają, i utracają własność pośredniczenia w sprawie chemicznéj narządu skórnego.

Wierzchnie warstwy skóry kurczą się przy każdéj zmianie ciepłoty, od pobudliwości i kurczliwości skóry zawisła jéj obrażliwość, gdyż przez nagłą zmianę powietrza np. przez oziębienie rozgrzanego ciała przenikanie przez silne skurczenie skóry ustaje, co sprawia zmianę chorobową krwi i daje powód do rozmaitych chorób, a nawet do nagłéj śmierci przez udar (*apoplexia*). Tak jak przez skórę dostać się nie mogą obce ciała do cieczy ustroju ludzkiego, tak też i do płuc dostać się nie mogą, w płucach istnieje delikatna błonka graniczna, z któréj pęcherzyki płucne są utworzone; wiadomo że w płucach tlen powietrza atmosferycznego przenikający ściany pęcherzyków płucnych (*Kohlschütter*) łączy się ze krwią naczyń włosowatych, które w kształcie sieci otaczają płucne pęcherzyki, a kiedy powierzchnia skóry bezpośrednio jest wystawioną na działanie powietrza atmosferycznego, to pęcherzyki płucne w których się utlenianie odbywa są zabezpieczone przez liczne rozgałęzienia oskrzeli, któremi powietrze przechodzić musi, nim się dostanie do pęcherzyków płucnych.

Narząd oskrzelowy zawierający powietrze utworzony jest z tkaniny włóknistéj, spręźnéj, wysłany przybłonkiem

migocącym rozpościerającym się w zamkniętych pęcherzykach płucnych, pęcherzyki te utworzone są z błonki przeźroczystéj, rozciągliwéj, sprężystéj, delikatno-włóknistéj, na któréj się rozgałęziają liczne naczynia włosowate.

Przez mnogie rozgałęzienia dróg powietrznych, których ściany przy wydychaniu się zapadają, tworzy się niejako sączek *(filtrum)*, w którym wdychane powietrze oczyszcza się z obcych ciał, tak że tylko tlen i elektryczność dochodzi aż do pęcherzyków płucnych, nieważkie te istoty przenikając ściany pęcherzyków płucnych utleniają krew naczyń włosowych je okalających, wdychane powietrze ogrzewa się nim dochodzi do pęcherzyków płucnych, obce zaś ciała zawieszone w powietrzu atmosferyczném dostawszy się do dróg powietrznych przylegają do ich ścian i przez kaszel wydalane bywają.

Dr. Hübner sądzi że niepodobna aby człowiek przebywający w szpitalu, mógł uledz chorobie zakaźnéj przez wdychanie zarodników chorobowych, zaprzecza również i temu, jakoby te istoty mogły się dostać do krwi krążącéj w płucach i następnie do krążenia ogólnego, a tém samém utworzyć ognisko chorobowe, gdyż budowa anatomiczna płuc i chemiczne stosunki czynią to niepodobném.

W czasie nagminnie panującéj ospy górne warstwy skóry przez wpływ powietrza atmosferycznego ulegają chemicznéj zmianie, tak że one nie pozwalają aby tlen powietrza w nie wnikał, czyli innemi słowami, skóra nie przepuszcza tlenu, jak również nie przepuszcza limfy z otworków naczyń włosowatych pod nią położonych, co sprawia że limfa wnika w tkankę podskórną i wywołuje objawy cechujące drugi okres ospy, okres wybuchu, znane czerwone grudki, guziczki, które objętość swą coraz bardziéj powiększają, tak już po upływie jednéj doby powstają niesztowice; w tym okresie jak niemniéj podczas kwitnienia, kiedy na szczycie wysypki ospowéj znajduje się pęcherzyk mieszczący w sobie limfatyczną ciecz alkalicznie oddziaływającą, gdy tym czasem podstawa czyli dolna część wysypki ospowéj jeszcze w téj porze jest czerwona, w tym okresie wysypka ospowa jest całkowicie uleczalna, i nie pozostawia po sobie najmniejszego śladu. W leczeniu ospy lekarz winien na dwie okoliczności zwracać swą uwagę: po pierwsze starać się o to, aby skóra chorobowo zmieniona stała się przenikalną, co przez ciągłe zwilżanie skóry osiągniętém być może, powtóre, należy do limfy która się dostała do tkanki łącznéj podskórnéj wprowadzić tlen, a to dla tego, aby przez połączenie limfy z tlenem utworzyła się świeża skóra; temu wskazaniu za dosyć uczynią okłady z rozcieńczonych kwasów kopalinowych na wysypkę stósowane.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Dr. O. Widmann: **O tak zwanym nierównoczesnym skurczu komór sercowych Leydena.**

Postrzeganą w opisanych dotąd przez Leydena trzech przypadkach wady sercowéj szczególną niemiarowość ruchów sercowych tłumaczył tenże autor nierównoczesnym skurczem komórek sercowych. Objawy, na których to swoje przypuszczenie L. opiera, polegały przedewszystkiém na tém, że miasto prawidłowego uderzenia koniuszkowego postrzegał dwa szybko po sobie następujące uderzenia z następowym względnie długim przestankiem (rozkurcz); pierwsze z tych uderzeń bywało nieco silniejsze i wyższe niż drugie, a badanie tętnic stwierdzało, że tętno istniało tylko przy pierwszém uderzeniu, podczas gdy żyły i serce okazywały dwa tętna. Powstawanie nierównoczesnego skurczu komórek sercowych zdarzającego się w niedomykalności zastawki dwukończystéj, uważa L. za rodzaj wyrównania krążenia, rozumując w ten sposób: Przy znacznéj niedomykalności zastawki dwukończystéj krew podczas skurczu serca z dwóch stron do małego krążenia dopływa, tj. z tętnicy płucowéj i przez ruch zwrotny z komórki lewéj; gdyby w takich przypadkach obydwie komórki kurczyły się jednocześnie, to nareszcie prąd krwi w krążeniu małém, a następnie i w wielkiém, stałby się nie możebnym, gdyż przeszkód w krążeniu małém, wywołanych wstecznym prądem krwi z komórki lewéj komórka prawa, jako słabsza, przezwyciężyćby nareszcie nie mogła. W takich razach krążenie może być tylko wtenczas możebném, jeżeli obiedwie komórki nie kurczą się równocześnie. L. sądzi, że nierównoczesny skurcz komórek nastąpić musi w każdéj znacznéj niedomykalności zastawki dwukończystéj.

Wkrótce potem ogłosił Malbranc z kliniki prof. Kussmaula przypadek podobny do Leydenowskich, zgadzając się z Leydenem, że powyżéj opisaną niemiarowość ruchów sercowych odnieść należy do nierównoczesnego skurczu komórek sercowych, ale nie tłumacząc sobie powstawania téj ostatniéj nieprawidłowości w sposób czysto mechaniczny lecz nieprawidłowém unerwieniem mięśnia sercowego.

Bozzolo zaś, który zjawisko Leydenowskie postrzegał w klinice prof. Rovidy w Turynie w przypadku niedomykalności zastawki dwukończystéj ze zwężeniem ujścia żylnego lewego i niedomykalnością zastawki trójkończystéj, odrzuca w całości tłumaczenie Leydena, oświadczając, że nierównoczesne kurczenie się komórek sercowych jest niemożebném i nigdy téż dotąd podczas doświadczeń na zwierzętach niezauważoném. Zdaniem B. każde z dwóch uderzeń koniuszkowych odnieść należy do dwóch zbyt szybko po sobie następujących i niejednako silnych skurczów całego serca, która to nieprawidłowość nie wiadomo czy zależy od nieprawidłowego unerwienia serca.

Dr. Widmann postrzegał również w szpitalu lwowskim przypadek niedomykalności zastawki dwukończystéj ze zwężeniem ujścia żylnego lewego, w którym zjawisko Leydenowskie, jak świadczy dokładny opis i dołączone sfigmogramy, występowało bardzo wybitnie. Dr. W. uważa podobnie jak Bozzolo tłumaczenie Leydena, jakoby objaw powyższy miał zależeć od nierównoczesnego kurczenia się komórek sercowych, za niedorzeczność nie tylko fizyjologiczną ale i anatomiczną, a i rozumowanie L. nie ma podstawy, gdyż pamiętać należy, że w skutek niedomykalności zastawki dwukończystéj przerasta komórka prawa i staje się silniejszą niż lewa. Jako ostateczny dowód, że t. zw. zjawisko Leydenowskie jest właściwie podwójnym skurczem serca wywołanym nieprawidłowém jego unerwieniem, przytacza Dr. W. przypadek, w którym nie było niedomykalności zastawki dwukończystéj lecz istniała wybitna niedomykalność zastawek półksiężycowych tętnicy głównéj, a w którym mimo to znakomicie uwydatniał się objaw Leydenowski. Podwójne uderzenie serca uwydatniało się tu także i w tętnicach obwodowych dwoma wzgórzami, do czego jednak potrzebna jest dostateczna siła komórki lewéj. Tém samém upada twierdzenie Malbranca, jakoby każde tętno naprzemienne i dwudzielne miało swą przyczynę w nierównoczesnym skurczu obu komórek serco-

wych; zdaniem Widmanna powstaje ono zawsze skutkiem podwójnego skurczu serca. (*Kronika Lek.* 1880, N. 5 i 6).

St. Sm.

W. Roser: **Cukrzyca i gnicie** (*Sepsis*).

„Jeżeli u człowieka zresztą zdrowego wystąpi gdziekolwiek np. na ręce lub nodze zgorzelina lub szerzące się owrzodzenie, jeżeli niepodobna wyszukać przyczyny zakażenia, jeżeli przytém leczenie zewnętrzne przeciwgnilne okaże się bezskutecznem, natenczas koniecznie wypada pomyśleć o cukrzycy".

Tak zaczyna Roser swoję rozprawę o stosunku cukrzycy do spraw zapalnych, gnilnych, chcąc na ten przedmiot zwrócić uwagę głównie niemieckich lekarzy, którzy go do dziś dnia nie oceniają należycie, gdy przeciwnie lekarze francuzcy począwszy od Marchala de Calvi, następnie Nélaton, Demarquay, Landouzy a osobliwie Verneuil zajmowali się tą kwestyją niejednokrotnie. Według Marchala chorzy tacy nie zawsze przedstawiają wybitne w oczy wpadające objawy cukrzycy, niekoniecznie często cierpieli na czyraki, wąglik, rozległe ropienia podskórne lub zgorzel; często są to ludzie silni, dobrze wyglądający i dobrze odżywieni w średnim wieku życia i ta właśnie okoliczność bardzo utrudnia rozpoznanie. Na dowód tego przytacza R. trzy własne spostrzeżenia na chorych. W pierwszym przypadku rozchodziło się o postępującą zgorzel na nodze 42 letniego mężczyzny; autor zaraz pomyślał o cukrzycy, którą też badanie moczu stwierdziło i nie zgodził się na projektowane odjęcie nogi, lecz przeprowadził leczenie cukrzycy. To powstrzymało szerzenie się zgorzeli i umożebniło częściowe tylko odjęcie. W dwu innych przypadkach nastąpiło ropno-zgorzelinowe zniszczenie małego palca u nogi, który odjęto. Gdy rana po miesiącach nie goiła się, wezwano Rosera, który znalazł w moczu znaczną ilość cukru a chory przy odpowiedniém leczeniu przyszedł do zdrowia. König widział podobny przebieg u dobrze odżywionéj 50 letniéj kobiety, któréj odpadło w skutek zgorzeli kilka palców u nóg. Ozdrowienie nastąpiło dopiero przy stósowném leczeniu cukrzycy, lecz nie na długo, albowiem istniejąca dyspozycyja wywołała u tejże choréj rozległe zgorzelinowe zapalenie osłon brzusznych w około dawnéj wielkiéj przepukliny pępkowéj, która nagle nie dała się odprowadzić, mimo że nie było właściwych objawów uwięzgnięcia; chora umarła. König przytacza ten przypadek, chcąc przezeń choć w części wyjaśnić rozwijanie się cukrzycowéj zgorzeli, któréj Roser nie może sobie wytłumaczyć według obecnie istniejącéj teoryi zakażenia gnilnego. Otóż według Königa zgorzel cukrzycowa powstaje także w skutek zakażenia, ale przez takie istoty, które u ludzi zdrowych wywołałyby co najwięcéj bardzo nieznaczne zapalenie, gdy tymczasem u chorych na cukrzycę tkanki w skutek nieprawidłowego chemicznego odżywienia jako nieodporne i skłonne do rozpadu łatwo ulegają szerzącéj się zgorzeli.

Opierając się na wielu innych spostrzeżeniach zwraca R. uwagę na leczenie podobnych zmian u chorych z cukrzycą. Oczywiście nie wiele albo wcale nie będzie skutkowało samo leczenie zewnętrzne, choćby ściśle przeciwgnilne, jeżeli pominiemy leczenie dyjetytyczne i wewnętrzne cukrzycy. Wszelkie rękoczyny na takich chorych nawet mniejsze przeciwwskazane są, dopóki nie zmniejszy się znacznie albo zupełnie ilość cukru w moczu. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1880, N. 1 i 2). *Dr. Wasylewski.*

Weigert: **O niebezpieczeństwie zakładania cewnika do pęcherza przy porażeniu tegoż.**

W. znalazł przy badaniu zwłok bardzo wielu porażonych lub umysłowo chorych jako przyczynę śmierci zapalenie gnilne otrzewny, powstałe w skutek zupełnego lub częściowego przedziurawienia ściany pęcherza, zwykle u wierzchołka, rzadziéj w inném miejscu lub w kilku miejscach na raz. Otwory w ścianie pęcherza były tego rodzaju, że stanowczo można było wykluczyć dobrowolne pęknięcie lub przedziurawienie skutkiem wrzodu, a należało przypuścić przyczynę urazową. I w istocie pokazało się, że wszystkim tym chorym wypuszczano za życia mocz cewnikiem. W. mniema, że przebicie wtenczas przyszło do skutku, gdy pęcherz nie był całkowicie wypełniony a cewnik za daleko posuwano, zwłaszcza jeżeli przy porażeniu mocz nie zaraz odpływał, a równocześnie istniała bezczulność pęcherza; mocz zaś wiele amoniaku i istot gnilnych zawierający dostawszy się do jamy brzusznéj lub tkanki łącznéj podotrzewnowéj wywoływał zapalenie otrzewny. Aby uniknąć podobnych następstw, należy być bardzo ostrożnym przy cewnikowaniu chorych z porażeniem pęcherza tudzież umysłowo chorych, a w każdym przypadku lepiéj używać cewników sprężystych lub metalicznych o krótkim dzióbie. (*Breslauer ärztl. Zeitschrift* 1879, N. 20). *Dr. Wasylewski.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) W celu stwierdzenia drogą doświadczalną, o ile kurczą się naczynia pod wpływem prądu przerywanego, Katyszew i Dobrotworskij w Petersburgu badali objawy zapalne ucha drażniąc równocześnie prądem przerywanym nerw spółczulny w jego części szyjnéj. Doszli do następujących rezultatów: Pod wpływem faradyzacyi n. spółczulnego blednie dotknięta zapaleniem błona bębenkowa. a także i błona śluzowa ucha środkowego (przy przerwanéj błonie bębenkowéj). Równocześnie z ustąpieniem zaczerwienienia zmniejszają się także nieprzyjemne przypady podmiotowe (bóle, szum w uszach), a i słuch się polepsza. Po 5—15 minutowéj faradyzacyi skutki te utrzymują się przez kilka godzin. Prąd stały okazał się mniéj skutecznym. (*St. Pet. med. Wchft*, 14 lutego 1880.)

ss) U chłopca 17-letniego, cierpiącego od paru lat na przewłoczne zapalenie stawu biodrowego prawego wykonał prof. Lücke w Strasburgu resekcyję tegoż stawu. Już nazajutrz operowany okazywał wysoką gorączkę, tętno bardzo częste, zaledwo namacalne, oraz doznawał silnych bólów głowy i nudności. Duszność nieznaczna, zmian przedmiotowych w płucach żadnych. W nocy z drugiego na trzeci dzień po operacyi chory zmarł śród powyższych przypadów, do których przyłączyły się jeszcze i lekkie majaczenia. Przy badaniu pośmiertném wykazało poszukiwanie drobnowidowe rozległe zaczopowanie naczyń włosowatych płuc kroplami tłuszczu, w mózgu nie znaleziono zatoru tłuszczowego. Według doświadczenia Lückego zatory tłuszczowe częściéj zdarzają się w płucach aniżeli w mózgu, przebiegają z gorączką, zazwyczaj śród objawów obrzęku płuc, których brakowało w powyższym przypadku, pomimo że tu niewątpliwie zator tłuszczowy w płucach był przyczyną śmierci. Być może, że nagle zaczopowanie tłuszczem naczyń włosowatych przeszkodziło rozwinięciu się obrzęku. Co do pochodzenia zatoru tłuszczowego, to zdaje się, że podczas przecinania szyjki kości udowéj i wydobywania główki wylał się tłuszcz szpikowy do ja-

my raniéj i ztąd uległ wessaniu. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1880, Nr. 11).

ss) Już przed dwoma laty (*D. med. Wchft.* N. 40 i 41) polecał Dr. Risel użycie lewarka do wydalania wypocin opłucnowych. Przyrząd ten składa się z 7 cm. długiéj igły wydrążonéj, na 1·5 mm. grubéj, połączonéj z cewą gumową około 2 metrów długości. Napełniwszy cewę płynem przeciwgnilnym i zacisnąwszy kleszczykami wolny jéj koniec, wkłuwa się igłę w najniższą część wypociny do worka opłucnowego, opuszcza cewę, odejmuje kleszczyki, a wypocina wypływa szybko i jednostajnie prawie do szczętu. W celu zapobieżenia możliwemu zatkaniu igły skrzepami lub t. p. połączył R. ze światłem lewarka strzykawkę, napełnioną również płynem antiseptycznym, którym w potrzebie można przywrócić drożność lewarka. Zarzucano przyrządowi temu (Rosenbach) niepraktyczność, sądząc, że klatka piersiowa, zachowując się tak samo jak naczynie o ścianach niepodatnych, wymaga 32 długości wolnego ramienia lewarka. W obec tego zarzutu zwraca R. uwagę (*D. med. Woch.* 1880, Nr. 11), że stosunki fizyczne są zupełnie inne w klatce piersiowéj aniżeli w naczyniu o ścianach niepodatnych, że mianowicie płuco uciśnięte zazwyczaj znów się napełnia powietrzem a tém samém wzmaga się ciśnienie atmosferyczne wewnątrz płuc w miarę jak odpływa wypocina z worka opłucnowego. Wypocina ta więc dotąd odpływać musi, póki nie nastąpi równowaga między ciśnieniem atmosfery wewnątrz płuc a sprężystością ich ścian. Prócz tego w miarę odpływania wypociny podają się także ściany klatki piersiowéj, która przechodzi niejako z ustawienia wdechowego w wydechowe, zmienia się położenie przepony itd. Wypuklanie się przepony do klatki piersiowéj podczas odpływania wypociny jest nader ważném w przypadkach zastarzaléj wypociny opłucnowéj, zwłaszcza u chorych w wieku podeszłym, gdzie i płuco uciśnięte już się należycie rozszerzać nie może i klatka piersiowa jest mało podatną. R. używał przyrządu tego w 31 przypadkach różnego rodzaju wypocin opłucnowych. Ilość wydalonéj cieczy wahała się między 200 a 4500 cm. sześć. Co się tyczy szybkości odpływu, to takowa wynosi około 250 cm. sześć na minutę. Ilebądźby wypocina wynosiła, można ją wypuścić za jednym razem. bez jakichkolwiek objawów zapadu itp. ze strony chorego. Sposób ten jest oczywiście jedynie właściwy przy wypocinach surowiczych, które skoro nie są powikłane z głębszemi zmianami miąższu płucnego, po jednorazowym odpływie już nie powracają. Rekonwalescencyja trwa około 4 tygodni.

ss) Upatrując pewną analogiję między działaniem odwaru Zittmanna a pilokarpinu próbował Lockwood ostatniego środka w dwóch przypadkach ciężkiéj kiły. Pierwszy z nich dotknięty był jeszcze wrzodem twardym, ciężką osutką guziczkową i zmianami kiłowemi w jamie ustnéj. Chory ten nie używał jeszcze wcale przetworów rtęciowych. Przez 2 tygodnie wstrzykiwano mu co drugi dzień podskórnie po 0·01 pilokarpinu. Wrzód i osutka znikły szybko, zmiany zaś w ustach nie ustąpiły. Drugi zaś chory, dotknięty ciężką postacią kiły z obustronném zapaleniem tęczówki, nie okazywał żadnych objawów polepszenia mimo stósowania przez 8 blisko tygodni przetworów rtęciowych i jodowych. Po 15 wstrzykiwaniach pilokarpinu (co drugi dzień) zmiany kiłowe ustąpiły prawie zupełnie. (*Amer. Arch. of Dermat. III, 301.* — *D. med. Woch.* 1880. Nr. 11).

ss) Zdaniem Landesberga (*Arch. f. Augenheilk.* 1879, VIII) posiadamy w jaborandzie i pilokarpinie najdzielniejsze środki, ilekroć rozchodzi się o wessanie krwotoków śródocznych, mętów w ciałku szklaném i wypocin surowiczych. Pojawiające się po środkach tych przypady uboczne, jak wymioty, duszność, bóle głowy, pieczenie w częściach rodnych itp., są co prawda niekiedy bardzo nieprzyjemne, ale mijają zawsze bez szkody dla chorego. Według L. leczenie należy zawsze rozpoczynać od dawek najmniejszych i takowe zwolna powiększać wedle potrzeby. Zazwyczaj chorzy Landesberga otrzymywali 30—90 kropel wyciągu jaborandy wewnętrznie lub 0·004—0·03 grm. pilokarpinu w postaci wstrzykiwań podskórnych. Większe dawki potrzebne były tylko w tych razach, w których poprzednio stósowano atropin, zachowujący się jak wiadomo antagonistycznie względem pilokarpinu. Chorzy znoszą lepiéj wstrzykiwania chlorku pilokarpinu aniżeli jaborandę podawaną wewnętrznie. Z lekami temi trzeba być ostrożnym u kobiet ciężarnych, gdyż mogą pobudzić kurcze macicy. Pod wpływem pilokarpinu źrenica zwęża się mniéj dzielnie aniżeli od ezerynu.

ss) Wykazanie kwasu salicylowego w piwie. Wiadomo, że fabrykanci piwa dodają doń pewną ilość kwasu salicylowego (mniéj więcéj 5—10 grm. na 1 hektolitr piwa), aby zapobiedz powtórnemu szkodliwemu kiśnieniu. Według Blasa (*Revue méd.* 1880, 14 Fevr.) wykazanie tak małéj ilości tego kwasu w samém piwie jest nader trudne i zawsze wątpliwe. Lepiéj nadaje się do tego mocz konsumentów piwa zaprawionego kwasem salicylowym. Po dodaniu paru kropel półtorachlorku żelaza do 20 cm. sześć. takiego moczu występuje charakterystyczna barwa fijołkowa. Blas podaje, że 8—10 grm. na hektolitr piwa nie szkodzi wcale zdrowiu.

ss) Wiadomo, że t. zw. zabiegu Schultzego używa się w celu przywołania do życia noworodków pozornie nieżywych, a to przedewszystkiém w tych przypadkach, w których pozorna śmierć zależy od zatkania pęcherzyków płucnych cieczą i śluzem skutkiem przedwczesnego oddychania. Ponieważ te same stosunki mamy i u utonionych, Dr. Zander zabieg Schultzego poleca jako jeden z najdzielniejszych sposobów ratowania takowych. Zabieg Schultzego, jak wiadomo, jest następujący: Uchwyciwszy dziecko za ramiona, utrzymuje się je główką na dół zwróconą (ciężar ciała cisnąc na klatkę piersiową wywołuje wydech); następnie przez nagły obrót oddala się dolna część tułowia od klatki piersiowéj (wdech). Zabieg ten, powtarzany wedle potrzeby przez dłuższy czas, okazał się Drowi Z. przy ratowaniu utonionych bardzo skutecznym. (*Wiener med. Bl.* 1880, Nr. 11).

IV. List otwarty do Redakcyi Przeglądu w sprawie słownika lekarskiego.

II.

Szanowny Mości Kolego! Wdzięczny za uznanie moich dobrych chęci i pomieszczenie w łamach poważnego pisma Waszego pierwszego listu, przesyłam drugi, którego treść oprze się również na wspomnionem posiedzeniu Tow. Lek. krak. z dnia 15 października z. r. — W odpowiedzi na wniosek Prof. Korczyńskiego o posiłkowanie się w układaniu słownika językami pobratymczemi zabrał głos wysoce przez nas od dawna szanowany, wzorowy tłumacz ksiąg hipokratowych prof. Oettinger czyniąc uwagę, „że Komisyja słownikowa ile możności uwzględniała i uwzględnia narzecza pobratymcze, że jednak obszerniejsze zastosowanie narzeczy.... mogłoby doprowadzić do zamięszania, skoro już zachodzi różnica między terminologiją warszawską a krakowską“. Otóż to jest punkt, potrzebujący koniecznie wyjaśnienia, tak dla korzyści słownika jakoteż dla usunięcia właśnie owéj różnicy, która istnieć nie powinna a która, powiedzmy otwarcie co nam bardzo cięży na sercu, istnieje nie z winy lekarzy warszawskich. Nie obrażaj się

tém powiedzeniem zacny kolego Oettingerze, przedstawicielu Komisyi, nie myślimy bynajmniéj zwalając winę na kogoś pomniejszać własnéj; zamierzamy tylko, przedstawiając rzecz historycznie, sprowadzić owo pożądane porozumienie i jeżeli można naprawić złe z korzyścią obu stron a przedewszystkiém słownika.

Zacznijmy *ab ovo* (może się to zresztą przydać dla historyi). Początkowanie w rzeczy słownikowéj wyszło z Krakowa. W czasie, kiedy Kongresówka nie miała Wydziału lekarskiego, młodzież księstwa Poznańskiego kształciła się w Berlinie, a galicyjska w Wiedniu, kiedy w rzeczypospolitéj krakowskiéj wykładano na wydziale w języku łacińskim (z wyjątkiem kursu niższego), szlachetni orędownicy języka ojczystego proff. Majer i Skobel opracowali anatomiczną część słownika łacińsko-polską w 1838, niemiecko-polską w 1842. Od r. 1849—1854 wykładano w Krakowie wszystkie przedmioty na Wydziale po polsku, musiano więc także starać się o wyrazy odnoszące się do patologii, anatomii patologicznéj, kliniki etc. wszakże działo się to (i nie mogło być inaczéj) dorywczo, u każdego wykładającego na swoją rękę; studenci chwytali wyrazy, czasem bawili się dziwacznem ich brzmieniem, czasem odrzucali a niektóre udatniejsze przyswajali sobie, zapominając je szybko zająwszy się praktyką lekarską. Nie było też sposobności wprowadzenia tego słownictwa dorazowego do literatury, wypróbowania go w życiu codziennem nawet z katedry, gdyż z rozporządzenia Bacha zaczęto znowu w Krakowie wykładać po niemiecku — zaś oprócz Roczników Towarzystwa Naukowego w Krakowie i Pamiętnika Tow. lek. warszawskiego, wychodziło tylko jedno czasopismo lekarskie polskie w Warszawie, t. j. Tygodnik lekarski pod redakcyją Drów Natansona, Helbicha i Lebruna (od r. 1847), który prawie nieznany był w Krakowie (prenumerował go jedynie Dr. Jakubowski Maciéj) i do którego z Krakowa nikt nie pisał. Pierwszy artykuł tego rodzaju pojawił się w r. 1854 napisany przez uniżonego sługę Waszego, podówczas adjunkta prof. Dietla p. t. Postrzeżenia z kliniki lek. krakowskiéj, które to artykuły równie jak następne przez nas w Tygodniku z praktyki prywatnéj ogłaszane, były niejako mostkiem, po którym słownictwo krakowskie zaczęło dostawać się do Warszawy. Żadna też poważniejsza praca treści lek. nie pojawiła się w tym czasie z wyjątkiem terapii ogólnéj z niemieckiego przełożonéj przez prof. Skobla i znakomitéj fizyjologii prof. Majera.

W r. 1858 powstaje Akademija medyko-chirurgiczna w Warszawie z wykładem polskim — i odtąd zaczyna się nowa epoka w dziejach słownictwa, nie dla tego, że to się dzieje w Warszawie, ale z powodu, że rozpoczyna się ożywiać ruch literacki, bo przybywa pracowników wielu, że kilkunastu profesorów w drugiéj części kraju wykłada w tym języku i rocznie wychodzi kilkudziesięciu młodych lekarzy, którzy tym językiem mówią, myślą, piszą i urzędują, nakoniec dla tego, że sprawą słownika zajęła się zwierzchność zakładów naukowych i Towarzystwo lekarskie — przezco praca nad słownikiem, dotychczas rozrzucona, oderwana, indywidualna, stała się gremialną, skupioną i przybrała powagę naukową.

Z polecenia bowiem Kuratora warszawskiego okręgu naukowego jenerała Muchanowa utworzonym został w r. 1857 Komitet złożony z wykładających nauki przyrodnicze w b. gimnazyjach realnych dla ułożenia słownictwa w przedmiotach przyrodniczych, w skład którego weszli znani w literaturze: Zdzitowiecki, Bełza, J. Natanson, Lesiński, Jurkiewicz, Aleksandrowicz, Werner i kilku innych. Rezultatem tych zajęć były: „zasady słownictwa chemicznego“ i wykład chemii wedle tych zasad opracowany przez Jurkiewicza a wydany nakładem władzy edukacyjnéj — niemniéj to, że wedle przyjętego w Komitecie słownictwa wykładali ciż sami profesorowie w Akademii i w szkole głównéj: chemiję, botanikę, mineralogiję, zoologiję, farmacyję i farmakognozyję.

W r. 1859 nareszcie Towarzystwo Lek. warszawskie na wniosek kol. Szokalskiego zamieniło się w całym składzie swym na Komisyję słownikową i tym samym sposobem gremialnie zajęło się opracowaniem słownictwa lekarskiego we wszystkich gałęziach nauki lekarskiéj. Jakkolwiek nie wszyscy powołani pracowali z równą gorliwością, było jednakże około 20 członków, którzy z bezprzykładną pilnością co tydzień odbywali posiedzenia i po 5—6 godzin, śród poważnych, niekiedy gorących rozpraw naukowych pracowali szczerze nad słownictwem w poczuciu ważności dzieła dla kraju i nauki. W dyskusyjach tych, które trwały około dwóch lat, podstawą dla słownictwa była terminologija krakowska, ktora jednak wielokrotnie musiała być zmienioną i uzupełnioną np. słowami odnoszącemi się do histologii, anatomii patologicznéj, patologii, psychijatryi, o których tam prawie mowy nie było.

Wprawdzie opracowany tym sposobem słownik warszawski nie został ogłoszony drukiem, utrzymywał się jednak w wykładach przez 10 lat i przez wychodzących w ciągu tego czasu lekarzy przeszedł do literatury, urzędu i życia codziennego. W r. 1866 powstały w Warszawie dwa nowe czasopisma lekarskie (Gazeta Lek. i Klinika) a co ważniejsza Biblijoteka Umiejęt. Lek., która wydała przeszło czterdzieści tomów obejmujących wszystkie gałęzie nauk lekarskich, a która pomimo surowego wyroku krytyków lingwistycznych krakowskich, rozeszła się szybko po świecie i po większéj części wyczerpaną została. W r. 1877 pojawiło się u nas nowe czasopismo „Zdrowie“, zeszłego roku „Kronika Lekarska“, a od kilkunastu już lat Pamiętnik Tow. Lek. warsz. zamienił się także na właściwe czasopismo z dawniejszego archiwu protokółów. Wymienione tu czasopisma warszawskie i współpracownicy, jakkolwiek nie trzymają się wyłącznie słownictwa warszawskiego, nie używają też koniecznie wyrazów krakowskich z prostéj przyczyny, że ich nie znają albo swoje za odpowiedniejsze poczytują.

Historyczny ten wywód zdawał nam się potrzebnym dla wykazania, że słownictwo warszawskie, jeżeli się różni od krakowskiego, ma do tego ważną zasadę, bo ma za sobą powagę pracy zbiorowéj, dziesięcioletnich wykładów i niezwykłéj w naszém piśmiennictwie obfitości dzieł literackich. Z wywodu tego, który wykazuje, że Warszawa pracowała także w przedmiocie słownika, wypływa zarazem jasno, że lekarze warszawscy, którzy umieją trochę po polsku i na polu piśmienniczém nie są całkiem bezczynni, mają poniekąd prawo domagać się, aby w sprawie słownictwa, jeżeli ono ma panować w całéj literaturze krajowéj, nie pomijano także ich głosu, który może wydać się czasem dysonansem dla ucha kilku lekarzy w jedném mieście, może być przecież harmonijnym dla ogółu. — Z obawy, aby zdanie to nie wywołało niesprawiedliwego żalu do mnie ze strony osób interesowanych, muszę powołać się na fakt, który nas z daleka przypatrujących się czynności Towarzystwa lek. krakowskiego pod tym względem nie mało zadziwiać i w zupełności wyrzeczone zdanie usprawiedliwić musi. Obok kilku Komisyj z łona Towarzystwa Waszego wyznaczonych, jest

jedna najszczuplejsza, bo tylko z trzech członków złożona, któréj właśnie poruczono opracowanie słownika, kiedy np. Komisyja do popierania przemysłu krajowego liczy członków 17. Powyżsi trzej członkowie (z których jeden w dodatku długo chorował) odznaczają się niewątpliwie odpowiedniemi zdolnościami i wzorową troskliwością o czystość języka, ależ praca słownikowa wymaga, oprócz znajomości języków, koniecznie także dokładnéj znajomość specyjalnych przedmiotów; potrzeba np. długo pracować przy pomocy mikroskopu, rozpatrzyć się dobrze między różnemi tworami organicznemi, ich zmianami itp., aby właściwém nazwiskiem oznaczyć jakiś twór histologiczny; a to samo odnosi się do fizyjologii, patologii, psychijatryi, chirurgii, okulistyki itp. Jakże żądać od trzech lekarzy, żeby każdy z nich we wszystkich gałęziach był specyjalistą! a przecież słuszném jest żądanie, aby układający terminologiję panował nad przedmiotem równie doskonale jak autor, który pisze monografiję tego przedmiotu. Owocem wysiłku pracy trzech członków będzie to, że wyrazy przez nich podane mogą być polskie, ale mogą nieoddawać pojęcia rzeczy, które wyrażać mają, jak tego liczne dotąd są przykłady w dawniejszéj i nowszéj terminologii, o czém późniéj mówić zamierzamy. Wiadomo przecież powszechnie, że mnóstwo wyrazów doradzanych przez ś. p. Skobla nie przyjęło się jedynie dla tego, że autor ich, który nie miał równego sobie co do znajomości języka ojczystego, nie znał równie dokładnie pojęć nowożytnéj nauki. Takiéj to ewentualnéj niedokładności słownika zapobiedz można jedynie tylko w ten sposób, żeby Komisyja terminologiczna zechciała udzielić elaboratu swego towarzystwom w różnych prowincyjach kraju istniejącym, mianowicie: warszawskiemu, poznańskiemu, lwowskiemu, któreby pododawały stosownie do swojego poglądu wyrazy do słownika przez Komisyję przygotowanego. Sądzę, że postępek taki, odpowiadający i niezbędny z powodu ważności dzieła dla kraju i nauki, nie ująłby wcale zasługi przez Towarzystwo krakowskie i Komisyję jego dla słownika położonéj a uzupełniłby wszechstronnie pracę tak pod względem lingwistycznym jako też naukowym. Wzgląd na możliwą w takim razie zwłokę w wydaniu słownika powinien być naszém zdaniem całkiem pominięty, albowiem nie idzie o to, żeby słownik, bez którego dotychczas obchodzić się musiano, wydano w lipcu czy grudniu, ale o to, żeby słownik odpowiadał zadaniu swemu w zupełności; jestem zresztą przekonany, że Towarzystwa, czując doniosłość rzeczy i uznając potrzebę pośpiechu, nie zwlekałyby w zadosyćuczynieniu żądaniom Komisyi.

Pragnąc zatém współdziałania w téj sprawie wszystkich towarzystw naszych rozrzuconych, daję oczywisty dowód, że nie należę do kwitnącego tak u Was jak i u nas bractwa wzajemnéj adoracyi i jakkolwiek wiem, że zenitem dla braci krakowskiéj i lwowskiéj jest Wiedeń, dla poznańskiéj Berlin, a dla warszawskiéj Paryż, przekonany jestem przecież, że wszyscy złączywszy się razem utworzą dobry słownik dla wspólnéj im literatury — inaczéj zaś, rozstrzelíwszy się będą pisać polskiemi literami, ale nie po polsku; — co powiedziawszy miło mi przesłać wyrazy prawdziwego szacunku, z jakim zostaję

Prof. Dr. Łuczkiewicz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 10 ospa nie zmieniła się w Londynie. Leczyło się w szpitalach 197, zapadło świeżo 49, umarło 8. Bardziéj się rozszerzyła w Wiedniu i Pradze, gdzie umarło 17 względnie 15. W Paryżu umarło 71, w Bukareszcie 38, w Budapeszcie i Petersburgu po 3, w Wenecyi 2. Epidemija duru w Paryżu złagodniała, gdzie umarło 69. Również i w Petersburgu mniéj padło ofiar durzycy, mianowicie z brzusznéj 48, z powrotnéj 23, z osutkowéj 29. W miastach większych północnéj Ameryki panuje błonica, w Nowym Yorku odra. W Rio de Janeiro panuje groźnie żółta febra. Od 16 do 31 stycznia umarło 95. W tygodniu 11 umarło w Krakowie: 4 z ospy, 1 z dławca, 1 z krztuśca, 1 z duru brzusznego, 1 z gorączki połogowéj, 1 z róży, 1 z zimnicy i 1 z kiły; a doniesiono w tymże czasie o 8 przypadkach ospy, 1 ospicy, 2 czerwonki i 1 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 10 umarło na 1000 i rok w Krakowie 40,0; w Warszawie 38,1; w Poznaniu 30,9; w Wiedniu 33,3; w Budapeszcie 36,3; w Berlinie 23,3; w Mnichowie 38,2; w Dreźnie 22,7; w Wrocławiu 32,2; w Lipsku 31,0; w Bazylei 21,4; w Brukseli 26,0; w Paryżu 29,8; w Londynie 22,9; w Kopenhadze 23,9; w Stokholmie 33,3; w Chrystyjanii 14,2; w Petersburgu 51,5; w Odesie 41,9; w Rzymie 56,4; w Wenecyi 32,2; w Bukareszcie 43,4; w Aleksandryi 34,8; w Rio de Janeiro 62,6; w Bombayu 36,6; w Madrasie 42,4. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków.** d. 24 marca. W roku przyszłym upływa 300 lat od czasu kiedy znakomite, tak pod względem treści, jak pod względem stylowym i językowym, dzieło Oczki o chorobie wenerycznéj wyszło z druku w Krakowie. Celem uczczenia tego znakomitego męża, Towarzystwo lekarskie warszawskie na wniosek Dra Klinka, postanowiło wydać własnym nakładem wspomniane dzieło. Dr. Klink przygotował już dokładną bijografiję Oczki, która we wstępie zamieszczoną będzie. Oprócz tego postanowiono podać drzeworyt przedstawiający tablicę pamiątkową Oczki znajdującą się w Lublinie. Wszystko obejmie z górą 40 arkuszy druku.

* Minister spraw wewnętrznych zażądał od najwyższéj Rady sanitarnéj we Wiedniu opinii w sprawie Izb lekarskich. Donoszą, że opinija ta oświadczyła się przeciw Izbom.

* Dzieło prof. E. Hofmanna we Wiedniu o medycynie sądowéj wyszło w tłumaczeniu francuskiém, sporządzoném przez Dra Levyego z uwagami prof. Brouardela, ozdobione rycinami. Za kilka tygodni ukaże się 2gie wydanie niemieckie, pomnożone, uzupełnione częścią psychijatryczną i ozdobione również licznemi rycinami, pośród których znajduje się nawet jedna, wyjęta z rozprawy jednego z naszych rodaków.

* **Warszawa.** D. 17 bm. wieczorem, członkowie Towarzystwa lekarskiego uczcili w salach hotelu Europejskiego obiadem składkowym profesora Hoyera, który przez trzy lata z rzędu był wybieranym na prezesa wspomnianego Towarzystwa. Obecny prezes Towarzystwa prof. Tyrchowski zagaił zebranie podniesieniem zasług, jakie ustępujący przewodniczący położył w obec Towarzystwa, w obec nauki i w obec uczącéj się młodzieży. Prof. Hoyer, dziękując w serdecznych słowach zgromadzonym za okazywane mu dowody uznania, zwrócił uwagę, iż ożywienie, jakie w ostatnich latach spostrzegać się dało w naszém Towarzystwie lek., nie tylko przewodniczącemu, ale i innym członkom zarządu zawdzięczać należy. Nastąpił szereg toastów na rzecz b. wiceprezesa Pląskowskiego, stałego sekretarza Szokalskiego, b. sekretarza rocznego Klinka etc. Wszystkie przemówienia wielce zasłużonego i cieszącego się prawdziwą sympatyją w kołach koleżeńskich Dra Hoyera przyjmowane były grzmiącemi oklaskami. *(Kur. warsz.)*

* **Paryż.** W półroczu letniém wykładać będą na wydziale lek. paryskim proff. Baillon historyję naturalną lekarską, Béclard fizyjologiję, Charcot anatomiję patolog., Guyon patologiję chirurg., Brouardel medycynę sądową, Regnaud farmakologiję, Pajot i Pinard położnictwo, Vulpian patologiję doświadczalną, Peter patologiję lek., Bouchardat higijenę, Hayem materyję lek., Sée, Lasègue, Hardy, Potain kliniki lekarskie, Ball klinikę psychijatr., Parrot klinikę pedyjatr., Fournier klinikę chorób skórnych i kiłowych,

Gosselin, Richet, Broca i Verneuil kliniki chirurg., Panas klinikę chorób ocznych, Depaul klinikę położniczą.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień Dra w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Leon Rybak z Wadowic.

* **Nekrologija.** W Berlinie umarł nagle w 57 roku życia Dr. Michał Ries, sekretarz towarzystwa lek. tamecznego, lekarz powszechnie poważany.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 7: Krówczyńskiego: O wycinaniu pierwotnych objawów kiły. — W *Medycynie* Nr. 12: Matlakowskiego: Dwa przypadki pewnéj postaci przewlekłego zapalenia krtani (c. d.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 12: Talki-Hryncewicza: Błonica z następczém porażeniem kończyn i cierpieniem płuc.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. H. SCHOELER: Jahresbericht u. d. Wirksamkeit d. früh. Evers'schen Augenklinik in Berlin im J. 1879 Berlin 1880, in 8vo str. 58.

Prof. E. HOFMANN: Blutung aus den Ohren bei einem Erhängten. (Osobne odbicie z d. „W. med. Presse 1880) in 8vo str. 18.

Prof. H. COHN (we Wrocławiu): Ueber hypnotische Farbenblindheit u. Accomodationskrampf u. ü. Methoden, nur das Auge zu hypnotisiren. (Osobne odbicie z „Bresl. ärztl. Zeits." Nr 6).

Dra B. LUTOSTAŃSKIEGO: Memoryjał w sprawie urządzenia biura statystycznego m. Krakowa. (Druk jako manuskrypt). Kraków 1880, str. 15.

Piśmiennictwo lekarskie. DANLOS. De l'influence du traumatisme accidental etc. 8. Paris, Delahaye. Fr. 1½.

DENIS-DUMONT. De la Syphilis. Unité d'origine. Incurrabilité Traitement. 8. Paris, Delahaye. Fr. 3½.

DESTUREAUX H. De la dilatation du coeur. droit d'origine gastrique. 8. Paris, Doin. Fr. 2½.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskieg., Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 3 kwietnia 1880. № 14. Rok XIX.

TREŚĆ: I. SZEPAROWICZ. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj. 5 Kazuistyka chirurgiczna krtani. *c)* Uwagi nad mechaniczném leczeniem cieśni krtaniowéj *(Laryngosthenosis)* i kazuistyka. — II. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r. RYDYGIER. Dwie owaryjotomije. Wyzdrowienie. (Dok.) — III. ROTTER. Przebicie gwoździem czaszki. drgawki epileptyczne, usunięcie gwoździa, ustanie napadów. — IV. *Oceny i sprawozdania*: HÜBNER: O leczeniu ospy. Sprawozdanie Dra J Warschauera. PETER: O leczeniu gruźliczych. BENEKE. MOCZUTKOWSKI. — *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Posiedzenia towarzystw:* Towarzystwo lekarskie krakowskie. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

(Ciąg dalszy artykułów z r. 1878 i 1879).

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurgicznego we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

(Ciąg dalszy. Przegląd Lekarski 1879 Nr. 1—7 i Nr. 14—16).

c) Uwagi nad mechaniczném leczeniem cieśni krtaniowéj *(Laryngosthenosis)* i kazuistyka.

Po całorocznéj przerwie wywołanéj ciężką chorobą z przyjemnością nawiązuję przerwany wątek mojéj pracy. W czasie przerwy wzbogaciło się moje doświadczenie o kilka wybitnych przypadków chorobowych i wyników leczenia.

Cieśń głośni lub krtani jest obszernym działem w laryngologii, który jest od dawna uprawiany, jakkolwiek do niedawna nigdy systematycznie, w kierunku jednak dodatnich wyników leczniczych jest on niestety bardzo ubogi. Pod względem patologicznym cieśń krtaniowa nie jest samodzielną chorobą, tak jak nią nie jest cieśń połyku, cewki moczowéj itd., lecz jest tylko przypadem chorobowym, wynikiem różnorodnych zboczeń patologicznych, pod względem zaś doniosłości i ważności klinicznéj zajmuje ona w rzędzie analogicznych chorób pierwszorzędne stanowisko, albowiem może w doraźny sposób stać się groźną życiu, jakkolwiek właściwa choroba, któréj ona jest wynikiem, może być pod względem swéj ważności patologicznéj małoznaczącą. W téj mierze można częstokroć znaleść pewną analogiję z cieśnią cewki moczowéj. Wiadomo, że w przypadkach cieśni cewki pomijając inne następstwa w skutek danego powodu lub nawet bez takowego występuje częstokroć w ostry sposób zupełne zatrzymanie moczu, a mianowicie skutkiem skurczu zwieracza, które często po zadaniu narkotyków lub użyciu ciepłéj kąpieli natychmiast ustępuje. Podobnie téż doświadcza się częstokroć u osób chorych na przewłoczną cieśń krtaniową ostro występujących napadów uduszenia; polegają one bądź na nieznacznym obrzęku, który przystępując skutkiem danego powodu do cieśni przewłocznéj potęguje trudności oddechowe, częstokroć jednak występują takowe li skutkiem natężenia fizycznego i są naówczas wynikiem bądź dodatniego skurczu głośni, bądź przewłocznego ruchu strun głosowych skutkiem chwilowéj przewagi zwieraczów głośni nad rozwieraczami, które w następstwie długotrwałéj cieśni a tém samém zwiększonéj swéj czynności doznają stałego zboczenia od stanu prawidłowego. Doniosłości takich napadów niepodobna oceniać według jednéj i téj saméj miary, albowiem podczas gdy chory dużo już takich napadów przebył bez szwanku, może on jednemu z nich uledz. Pozwolę sobie przytoczyć tu dwa przykłady z méj praktyki: 1) Feige R. (patrz 1 przypadek niniejszéj kazuistyki), leczona na moim oddziale w r. 1876 na cieśń krtaniową nie wytrwała w kuracyi aż do końca, wyszła z leczenia i została przyjętą w poczet posługaczek szpitalnych dla lepszéj kontroli swego stanu. Oddech jéj był wprawdzie nieco uszczuplony, atoli wystarczający w spokoju; w pewnych odstępach, a mianowicie po każdém zmęczeniu się fizyczném, dostawała ona napadów zaduszania, które bardzo szybko ustępowały. Pewnego poranku dostała silnego napadu duszności i umarła w ciągu ¼ godziny, zanim zdołałem przybyć na ratunek, mimo tracheotomii przez lekarza pomocniczego uskutecznionéj. Przyczyną cieśni krtaniowéj były pozostałości zapalenia ochrzęstny. 2) Anna P. (patrz 12 przyp. niniejszéj kazuistyki), sługa, lat 20, była leczoną na oddziale chir. w roku 1879 na przewłoczną cieśń krtaniową, lecz także nie wytrwała do końca; wyszła w stanie polepszonym ze szpitala; przed kilku dniami to jest 1 bm. przyniesiono ją konającą na oddział chirurgiczny z największą zadyszką. Tracheotomija nie zdołała uratować życia, gdyż obrzęk wodny płuc nie dał się usunąć. W krtani nie było świeżego zapalenia, jeno przewłoczne zapalenie ochrzęstny.

Cieśń krtaniowa bywa bądź ostrą a mianowicie w chorobach ostro zapalnych (obrzęk, ostre zapalenie ochrzęstny, dławiec, błonica) w ostrém porażeniu, bądź przewłoczną i taką właśnie należy mieć na oku, jeżeli się mówi w ogólności o cieśni krtaniowéj. W czasach przed wynalezieniem

wziernika rozpoznawano tylko ostre choroby jako takie, jakkolwiek częstokroć mylnie, i tak dławiec rozpoznawano jako dławiec mimo wybitnego przypadu cieśni krtaniowéj nie zaś jako ostrą cieśń krtaniową, przewłocznych zaś chorób nie wyszczególniano, jeno rozpoznawano w ogólności cieśń krtaniową; z wynalezieniem zaś i wydoskonaleniem sztuki wziernikowania i z rozwojem patologii krtani zaczęła ta symptomatyczna dyjagnoza coraz bardziéj ustępować miejsca anatomicznéj, atoli nie można jeszcze zupełnie jéj wyrugować, gdyż zdarzają się jeszcze dość często przypadki, w których i najbieglejszym zawodowcom istota anatomiczna choroby z wyglądu wziernikowego nie jest jasną. W takich przypadkach uczuwa się kliniczną potrzebę symptomatycznego rozpoznania cieśni krtaniowéj przynajmniéj czasowo. Tak np. może mieć miejsce spór pod względem rozpoznawczym między przerostem strun głosowych (*Chorditis vocalis hypertrophica inferior*) a przewłoczném zapaleniem ochrzęstny lub pozostałością takowego (*Perichondritis chronica*). Spoglądając na obraz wziernikowy wnętrza krtani téj saméj Feigi R., o któréj już wspomniałem, (patrz „*Schröttera Beitrag zur Behandlung der Larynxstenosen Wien 1876* tablica, fig. 5) możnaby ten przypadek uważać za doskonałą ilustracyję do choroby „*chorditis voc. hypertr. inferior*,“ a jednak była u niéj *perichondritis*, jak to stwierdziły oględziny pośmiertne uskutecznione w naszym szpitalu w roku 1876.

Historyja leczenia cieśni krtaniowéj jest dość obfitą, nie wdaję się jednak w dokładny jéj rozbiór a ograniczę się tylko do szczupłéj liczby faktów wybitniejszych, ciekawych zaś czytelników odsyłam do broszurki Schröttera („*Beitrag zur Behandlung der Larynxstenosen Wien 1876*“), do rozprawy Dra Hacka „*Über die mechanische Behandlung der Larynxstenosen*“ (*Volkmanns Sammlung klin. Vorträge 152*) i Dra Rosego „*Die Verengerung und Verschliessung des Kehlkopfes*“ *Darmstadt 1865*. Sposób leczenia podzielają autorowie na dwie kategoryje, a mianowicie: leczenie w drodze naturalnéj bez poprzedniego cięcia krtani, i leczenie z poprzedniém wykonaniem tracheotomii. W téj ostatniéj kategoryi można odróżnić dwa podrzędne oddziały sposobów leczenia a mianowicie: leczenie od rany na szyi a następnie leczenie w drodze naturalnéj przez jamę ustną. Pomijam sposoby leczenia od otworu na szyi, albowiem w téj mierze nie mam własnego doświadczenia i z góry uważam tę drogę za niewłaściwą. Jeżeli bowiem poprzedzało cięcie krtani, w takim razie możemy jeszcze łatwiéj rozszerzać krtań w drodze naturalnéj aniżeli od otworu na szyi, raz ponieważ nie działa się na oślep i nie drażni się rany, a powtóre dlatego, że kształt krtani zwężonéj jest lejkowaty, z szerszém światłem u góry a węższém u dołu i dlatego nadaje się łatwiéj do manipulacyj tego rodzaju od góry; jeżeli zaś cięcie tchawicy nie poprzedzało, należy o ile możności zaniechać takowego, tak jak w chirurgii *par excellence* usiłuje się o ile możności uniknąć boutonnierki przy cieśni cewki moczowéj. Ku rozszerzeniu krtani od otworu na szyi podał Störk prosty i zmyślny sposób, który sam opisał w Nrze 46 „*Wiener med. Wchft* 1879“ i na str. 542 w drugim tomie swego dzieła, w zbiorowém dziele *Handb. der allg. u. spec. Chirurgie Billroth-Pitha*.

Szan. Czytelnicy pozwolą, że się ograniczę do sposobu rozszerzania krtani w drodze naturalnéj, w którym to kierunku mogę się oprzeć na własném doświadczeniu.

Bouchut usiłował w r. 1858 pomijać tracheotomiję u dzieci z dławcem krtani przez wprowadzanie metalowych rurek do krtani, i on to był pierwszy, który tę metodę systematycznie wykonywał; atoli nie miał on powodzenia, albowiem wszystkie przypadki a było ich 7, w których tę metodę stósował, zakończyły się śmiercią. Akademija francuska wybrała komisyję lekarską, na któréj czele stał Trousseau jako referent, celem zbadania doniosłości téj „*tubage de la glotte*“ Bouchuta. Jakkolwiek Trousseau przyznał, że ta metoda może pod pewnemi warunkami oddać dobre usługi, jednak co do dławca orzekł on niekorzystnie, motywując zdanie swoje przeważnie tą okolicznością, że przez rurki metalowe powstawały u psów, na których doświadczenia przeprowadzono, owrzodzenia w krtani. Skutkiem tego niekorzystnego orzeczenia myśl mechanicznego leczenia cieśni krtaniowéj znów na pewien przeciąg czasu pogrzebaną została. Dopiero przed 10 laty podjął ją na nowo Weinlechner wprowadzając w używanie swoje rurki z twardego kauczuku. Lecz i jego przykład nie znalazł naśladowców: Hack (l. c. strona 12) tłumaczy tę okoliczność w ten sposób, że najliczniejszego zastępu choroby dławcowéj dostarczają dzieci, a u dzieci trudną lub zgoła niemożliwą jest rzeczą wziernikować, nie powinno się zaś żadnych czynności w krtani podejmować bez kontroli wziernika! Mojego zapatrywania co do „*tubage de la glotte*“ w dławcu nie omieszkam poniżéj wyłuszczyć, tymczasem zaś muszę tu namienić, że w przypadkach, gdzie zachodzi gwałtowna potrzeba wykonania tracheomii z powodu dławca i następowéj ostréj cieśni, a gdzie nie ma potrzebnych na ten cel przyrządów pod ręką, atoli rozporządza się rurką Weinlechnerowską, żaden lekarz zapewne na skrupuły Hacka nie zechce się oglądać. Wprawdzie usiłował Weinlechner swoją *tubage* zastósować także do przewlekłych przypadków cieśni krtaniowej atoli bez powodzenia, tak że należy uważać tak jego metodę jak i metodę Bouchuta jako usilowania wymierzone przeciw ostrym cieśniom krtaniowym. Do tego przedmiotu powrócę jeszcze przy końcu niniejszéj mojéj rozprawy, uważając go za zbyt ważny, ażebym miał poprzestać na tych ogólnych uwagach, a powrócę jeszcze tém bardziéj, ponieważ nagromadziłem kilka doświadczeń przykrych, z których będą mogli szan. Czytelnicy wysnuć dla siebie pewne praktyczne wskazówki znacznéj doniosłości, obecnie przystępuję do działu cieśni przewlekłych, jako téj dziedziny, w któréj mechaniczna metoda leczenia cieśni krtaniowéj rozwinęła się i wydoskonaliła.

Choroby, które wywołują cieśń krtaniową w sposób przewlekły, są rozmaite, jakoto: nowotwory, nacieki zapalne, blizny, obrzęk i porażenie mięśni rozwieraczów głośni (mm. pierścienio-nalewkowych tylnych). Nowotwory muszą być usunięte za pomocą stósownego rękoczynu; obrzęk i porażenia są przypadami towarzyszącemi rozmaitym chorobom zapalnym i potęgują cieśń krtaniową razem z naciekiem zapalnym jako takim; blizny są wynikiem spraw zapalnych, a nacieki zapalne, które same przez się w przewłocznych przypadkach wywolują cieśń krtaniową, należą najczęściéj do ochrzęstny, nierównie rzadziéj do tkanki podśluzowéj. Wprawdzie nacieki tkanki podśluzowéj nie są chorobą rzadką i napotykamy je często na tle gruźlicy, kiły itd., atoli rzadko wywołują one same przez się znaczną cieśń krtaniową, lecz dzieje się to najczęściéj za przystąpieniem przypadowego obrzęku lub porażenia. Pomijam kwestyję leczenia samych spraw zapalnych w pierwszym okresie, to jest przed wystąpieniem przypadów cieśni krtaniowéj i proszę szan. Czytelników przenieść się w myśli w okres, w którym po bezskuteczném zastósowaniu różnych sposobów leczenia występuje jako najwybi-

tniejszy przypad chorobowy i najbardziéj zatrważający obraz cieśni krtaniowéj. Pozwolę sobie i tu także zwrócić uwagę na analogiję z cewką moczową. Po mniéj lub więcéj skutecznych usiłowaniach leczniczych skierowanych przeciw sprawie zapalnéj cewki moczowéj przedstawia się ostatecznie chory lekarzowi z przypadami znacznéj cieśni cewki moczowéj i żąda pomocy wyłącznie przeciw temu przypadowi jako najdokuczliwszemu. Tak jak w ostatnim przypadku lekarz musi swoją działalność skierować w myśl żądania chorego przeciw cieśni cewki moczowéj jako takiéj, zgoła nie uwzględniając towarzyszącéj lub minionéj sprawy przyczynowéj lub tylko po części na nią się oglądając, tak też i w przypadkach przewlocznéj cieśni krtaniowéj należy przedewszystkiém skierować swoję działalność przeciw saméj cieśni jako takiéj.

Pomijając wszelkie lecznicze usiłowania w tym kierunku nie mogę przemilczeć przypadku z literatury, który stał się był w swoim czasie bardzo rozgłośnym i jest pierwszym w historyi obecnie rozpowszechnionego typowego sposobu leczenia cieśni krtaniowéj. Jest to przypadek Dra Trendelenburga szczegółowo opisany przez samego autora w 13 tomie „*Archiv für klin. Chir.*“ z r. 1871 pod tytułem „*Beiträge zu den Operationen an den Luftwegen.*“ Z tego opisu pozwolę sobie przytoczyć główne fakta.

W roku 1869 przybyła do kliniki berlińskiéj 19-letnia dziewczyna z znaczną cieśnią krtaniową. Mimo badania wziernikowego nie zdołano wykryć przyczyny cieśni dróg oddechowych. Uskuteczniono niską tracheotomiję; po pewnym przeciągu czasu wystąpiły przypady rany odleżynowéj w tchawicy od kaniuli. Prof. Langenbeck przystąpił z tego powodu do tracheotomii powyżéj gruczołu tarczykowego. Po rozcięciu tchawicy wykazała się taka cieśń tchawicy w tém miejscu, że nie było mowy o wprowadzeniu rurki. Trendelenburg uskutecznił późniéj długie cięcie w tchawicy od chrząstki pierścieniowatéj na wskroś przez gruczoł tarczykowy rozcinając całą przednią ścianę rurkowatéj części tchawicy i rozpoczął rozszerzanie téjże za pomocą stałych cynowych świeczek, które aplikował od zewnątrz celem rozmiękczenia i ewentualnego zropienia istoty zwężającéj tchawicę. Późniéj zastósowywał także i rurkowate przyrządy, a gdy po zgojeniu rany operacyjnéj cieśń trwała, amputował Trendelenburg nakrywkę, gdyż przekonał się, że opadanie téjże ku dołowi i tyłowi było powodem ciągle jeszcze trwającéj cieśni. Mimo tak licznych usiłowań nie osiągnięto zupełnego skutku. Po kazuistycznym opisie podaje Trendelenburg wyraźnie i szczegółowo prawidła mechanicznego leczenia cieśni krtaniowych i tchawiczych za pomocą świeczek cynowych, a które należy uważać jako istotny pierwowzór metody Schröttera, obecnie pod nazwą tego ostatniego autora znanéj. O tyle ma wszelką słuszność za sobą Trendelenburg w polemice o pierwszeństwo wynalazku wytoczonéj w Nrze 33 *Berl. klin. Wochft.* z r. 1875. Mimo to należy Schrötterowi przyznać zasługę z tego powodu, że wydoskonalił wszystkie szczegóły pod względem technicznym w kierunku rozpoczętym przez Trendelenburga, i stósując konsekwentnie i wytrwale metodę leczenia u wszystkich swoich chorych z przewloczną cieśnią krtaniową, jakoteż przez osiągnięcie zupełnego skutku swoich usiłowań u większej liczby chorych i dokładne dotyczące sprawozdania kazuistyczne z 11 przez siebie leczonych przypadków podniósł ten sposób leczenia do wysokości metody typowéj; patrz „*Laryngologische Mittheilungen. Jahresbericht der Klinik für Laryngoskopie an der Wiener Univ. 1871—1873. Wien 1875* i „*Beirag zur Behandlung der Larynxstenosen*“ *Wien 1876.* Szan. Czytelnicy pozwolą przeto, że będę odtąd używał nazwy metody Schroetterowskiéj.

Sposób leczenia wymaga tracheotomii jako wstępnego aktu i odbywa się w następującym porządku: W przypadkach bardzo znacznéj cieśni usiłuje się przez pewien przeciąg czasu torować drogę za pomocą cewników elastycznych, które się przy pomocy wziernika przeprowadza przez światło zwężone i pozostawia w miarę możności od kilku minut do godziny i dłużéj, postępując w skali grubości w miarę odpowiednią. Po wypróbowaniu numeru 12go można przystąpić do numeru 1go przyrządu Schroetterowskiego. Rozumie się atoli samo przez się, że w przypadkach, gdzie tego potrzeba wymaga, należy przed wprowadzeniem cewnika utorować drogę przez przecięcie lub przyżeganie zrostów odpowiednim przyrządem. Schroetterowski przyrząd do rozszerzania światła krtani zwężonéj składa się z następujących szczegółów:

1) Cała skala świeczek cynowych (*Zinnbougie-Zinnbolzen*) obejmująca 24 sztuk. Schroetter wyszczególnia w swoich sprawozdaniach o wiele wyższe numera, zdaje się jednak że one mieszczą się w skali o 24 sztuk, jaką sporządza Leiter we Wiedniu, tak że między najcieńszym i najgrubszym numerem jest wprawdzie liczniejszy zapas świeczek, jednakże się owego minimum i maximum pod względem grubości w powyższéj skali nie przekracza. Kształt tych świeczek jest pryzmatyczny o trójkątnéj powierzchni przekrojowéj odpowiednio trójkątnemu ksztaltowi światła głośni, o zaokrąglonych kantach podłużnych jako też i obu podstawach; długość ich wynosi 4 cm., a grubość rozmaita i według niéj różni się ich stopień w skali czyli numerowanie. Na wskroś przez te świeczki czyli wałeczki przebiega mosiężny pręcik, który u dołu zakończony jest guziczkiem osadzonym na cieńszéj części tak zwanéj szyjce, a u góry uszkiem; obok uszka znajduje się w samym wałeczku płytki rowek.

2) Przewodnik do wprowadzenia świeczek, to jest rurka metalowa na kształt cewnika z odpowiedniém zgięciem przeprowadzona na wskroś przez rączkę rogową, na któréj osadzone są dwa tępe haczyki na kształt skrzydełek po obu bokach; u przedniego końca przewodnika wystercza ostra i cieńka a krótka nasadka.

3) Malutka pincetka a raczéj szczypczyki (pincetką nazywa je sam Schroetter) o cienkich i na całéj długości stykających się skrzydełkach z płytkiemi półksiężycowemi rowkami, zlewającemi się po zetknięciu się obu skrzydełek w okrągłą dziureczkę. Skrzydła pincetki roztwierają i zamykają się za pomocą śrubki umieszczonéj w rączce, a raczéj w tylnych ramionach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r.

II.

Dwie owaryjotomije. Wyzdrowienie.

Napisał Dr. Rydygier.

(Dokończenie. Patrz Nr. 13.)

Operacyję wykonaliśmy dnia 9/XII 1879 r. o $2\frac{1}{2}$ g. po południu w naszéj klinice w pokoju na ten cel już od

kilku dni jak w poprzednim przypadku przygotowanym. Do uśpienia i w tym przypadku użyliśmy mięszaniny Billrotha. Cięcie skórne wykonaliśmy początkowo w tym samym kierunku i w tychże rozmiarach, jak w pierwszym przypadku; przekonawszy się atoli ku naszemu niemiłemu zdziwieniu, że na całej przestrzeni cięcia guz do ścian brzusznych był przyrośnięty, przedłużyliśmy cięcie ku górze aż blisko pępka. Gdy i teraz nigdzie nie natrafiliśmy na miejsce wolne od zrośnięć, zaczęliśmy ku lewéj stronie odłączać zrośnięte blaszki otrzewnéj. Mimo że na szerokość i długość dwóch dłoni odłączyliśmy zrosty, jeszcze nie natrafiliśmy na wolną jamę. Kiedy po przecięciu jeszcze jednéj warstwy guza i tu również łatwo blaszki dały się rozdzielić, mianowicie po prawéj stronie, na chwilę zwątpiliśmy, czy początkowo rozdzielaliśmy ku prawéj stronie zrośnięte blaszki otrzewny, lub też może mylnie blaszkę ścienną od ścian brzusznych, co już nieraz nawet bardzo biegłym operatorom się trafiło. Niechcąc daléj niepewno postępować, postanowiliśmy nakłuć torbiel w nadziei, że po wypuszczeniu płynu daleko łatwiéj uda nam się zoryjentować. Niestety znowu nie miłe rozczarowanie: z trójgrańca Sp. Wellsa nic nie wypływało, a po jego wyjęciu przekonaliśmy się, że guz był złożony z tkanki stałéj. Po tym zawodzie nie pozostawało już nic innego, jak rozszerzyć cięcie ku górze okalając pępek ku lewéj stronie i o ile możności ku dołowi; cięcie teraz rozpoczynało się $2\frac{1}{2}$ cm. powyżéj spojenia łonowego. U góry pomimo tak wysokiego cięcia nie natrafiliśmy na miejsce wolne od zrostów; u dołu zaś znaleźliśmy wolny otwór, przez który 2 palce do jamy brzusznéj pomiędzy pęcherzem a macicą dobrze wprowadzić mogliśmy. Teraz przekonaliśmy się, że pierwsze nasze odłączanie tyczyło się rzeczywiście zrostów pomiędzy blaszkami otrzewnéj. Po rozszerzeniu otworu wprowadziliśmy całą rękę do jamy brzusznéj i znaleźliśmy, że ku lewéj stronie zrosty jeszcze nieco daléj sięgają, aniżeli je już oderwaliśmy, ku górze tuż na kilka palców powyżéj górnego końca naszego cięcia; zrosty te odłączyliśmy ręką bez wielkich trudności; ale ku prawéj stronie i dołowi, gdzie guz zupełnie był do ścian brzusznych przyrośnięty, zrosty wcale nie dawały się ręką rozerwać. Próbowaliśmy więc oddzielenia guza warstwą niżéj, gdzie to już na początku zaczęliśmy odłączać i co już wtenczas łatwo się udawało. Rzeczywiście i dalsze rozdzielanie nie sprawiało znaczniejszych trudności. W tym kierunku więc całą górną część guza od obejmującéj go blaszki oddzieliliśmy bez narzędzi, a tylko tam, gdzie już blaszkę obejmującą oddzieliliśmy od ścian brzusznych zaraz z początku, która to część nadto cokolwiek silniéj z guzem zdawała się być połączoną, tam blaszkę tę nożycami przecięliśmy i kawał jéj, wielkości dwóch rąk przy guzie zostawiliśmy. Następnie i dolną część guza sięgającą ku tyłowi aż w małą miednicę wydobyliśmy powoli rękami bez wszelkich narzędzi; szypułki nie było wcale. Przy całém wyłuszczaniu nie podwiązaliśmy ani jednéj tętnicy, tylko jednę żyłę wielkości gęsiego pióra, przebiegającą w luźnéj tkance nad guzem podwójnie podwiązaliśmy i przecięliśmy pomiędzy ligaturami.

Guz był tak olbrzymi, że mimo tak wielkiego cięcia trudno było go przez otwór ścian brzusznych wydostać. Jajowód prawy tuż obok guza leżący był gruby jak paluch ręki, ściany jego przerosłe i zmarszczone. Na macicy pod otrzewną dwa guzy: jeden wielkości średniego jabłka, drugi mniejszy. Drugi jajnik był prawidłowy.

Staraliśmy się dokładnie przedstawić przebieg operacyi, dla tego też z powodu zagmatwanych stosunków i opis cokolwiek jest niejasny. Postaramy się więc rzecz cokolwiek dokładniéj objaśnić, tak jak ją sobie tłumaczymy:

Po wyjęciu guza pozostała więc w prawéj stronie brzucha jama ograniczona niezbyt grubą błoną ku prawéj stronie zupełnie z ścianami brzusznemi zrosłą, ku górze, dołowi i lewéj stronie po większéj części wolną. Miąższowe krwawienie z téj jamy staraliśmy się gąbkami zatamować, co się téż po części udało — nie mogliśmy dokładnie toalety brzusznéj zrobić, bo zawsze świeżo napływało płynu surowiczego krwią zabarwionego. Założyliśmy następnie 2 sączki do jamy Douglasa, 2 sączki do jamy, z któréj guz wyłuszczyliśmy, i 2 sączki w bok prawy pomiędzy blaszkę jamy i ściany brzuszne. Jednym szwem przymocowaliśmy prawą ścianę blaszki do odpowiedniéj ściany brzusznéj, a nareszcie zeszyliśmy całą ranę. Głębokie szwy szły na przemian z powierzchownemi a wszystkie przeszywały otrzewnę. Oprawa przeciwgnilna. Guz ważył 15 kilo i 250 gramów, powierzchnia jego gładka; na przekroju widać utkanie włókniste, gniazdowate; nadto składa się z dwóch guzów dobrze odgraniczonych: dolny mniejszy całkiem włóknisty, twardy; górny większy pomiędzy włóknistemi częściami zasiany większemi i mniejszemi torbielami, z których niektóre dochodzą wielkości jaja kaczego i są wypełnione płynem śluzowatym; ta część też przed rozkrajaniem wyraźne przedstawiała chełbotanie. Pod drobnowidem guz również przedstawiał się jako włókniak. Mieliśmy więc do czynienia z *cysto-fibroma ligamenti lati dextri*, a zatém rozpoznanie podane przed operacyją było mylne, co otwarcie przyznajemy, omyłki trudno było uniknąć, bo jeszcze po wyjęciu guza przed rozkrojeniem chełbotanie było wyraźne. Na rozpoznanie prawdziwe mogły nas naprowadzić jedynie poprzednie bezskuteczne nakłucia, dawniéj przez kolegów wykonane. Ale i tu koledzy przed operacyją nas zapewniali, że im się zdawało, jakoby guz przed niezbyt długim trójgrańcem ku tyłowi się usuwał.

Przebieg pooperacyjny był w krótkości następujący: Pierwsze dwa dni chora bardzo osłabiona, nie skarżyła się na ból w żywocie, wymiotów nie było. Ciepłota dochodziła wieczorem 2go dnia do 38,5, 3go dnia nudności, żywot wzdęty, rznięcie; $1\frac{1}{2}$ łyżki *ol. ricini* ani Hegar nie skutkowały. 4go dnia enema z *Jnf. sennae comp.* skutkowała, po czém bóle się zmniejszyły, późniéj znów powiększyły się, ale ostatecznie powoli się zmniejszały, mianowicie zwykle po odejściu wiatrów chora miewała ulgę. 8go dnia odeszła w stolcu glista, sączki zmieniono. 14go dnia otworem nad spojeniem łonowém wypłynęła znaczna ilość ropy cuchnącéj· pochodziła ona z jamy, z któréj wyjęto guz. W następnych dniach codziennie mniejsza lub większa ilość ropy wypływała razem z strzępkami z wyżéj wymienionego miejsca; powoli wydzielina się zmniejszała, aż 26go dnia zupełnie ustała i rana się zagoiła. W 31 dni po operacyi chora wyleczona opuściła zakład.

Mimo tak częstego wykonywania owaryjotomii nie załatwiono jeszcze do dziś dnia niektórych sprzecznych kwestyj. I tak np. niektórzy operatorowie radzą szypułkę zawsze zagłębiać, inni tylko wtenczas, jeżeli nie można jéj bez naciągania ująć w klamrę. Do pierwszych należą Schroeder, Olshausen, Hegar i inni, do ostatnich Spencer-Wells, Billroth. Druga kwestyja: czy używać podczas operacyi sprayu lub nie. Kilka mniéj ważnych kwestyj pomijamy.

Co do pierwszego pytania to już z wyliczonych na-

zwisk widać, że autorowie, którzy ściśle stosują oprawę Listera są przeciwni klamrze; czy słusznie, trudno rozstrzygnąć. W pierwszym naszym przypadku wprawdzie spostrzegaliśmy, że w zagłębieniu naokoło szypułki pomiędzy jéj ścianami, a ścianami brzusznemi zbierały się wydzieliny rany całéj i ropa, nim klamra odpadła. Obawialiśmy się rzeczywiście, żeby przypadkiem jaką szczeliną szkodliwe te płyny nie dostały się do jamy brzusznéj i nie wywołały ogólnego zapalenia otrzewnéj, co nas skłaniało do częstszéj zmiany opatrunku. Zdaje się atoli, że zlepienie pierwotne pomiędzy otrzewną szypułki a ścian brzusznych tak wcześnie powstaje, że podobne obawy są płonnemi. Największa dotychczas statystyka Sp. Wellsa przemawia przynajmniéj za tém i za zakładaniem klamry. Do 12 czerwca 1878 r. wykonał Spencer Wells [1]) 900 owaryjotomij; z tych w 627 przypadkach założył klamrę na szypułkę, a w 157 podwiązał szypułkę i zatopił; z pierwszych umarło 130 = 20,73%, z ostatnich 60 = 38,2%. Śmiertelność więc po téj saméj operacyi wykonanéj przez tego samego operatora była nieomal dwa razy tak wielką po zatopieniu szypułki, aniżeli po założeniu klamry. Liczby te znaczą dla Billrotha *(Chirurg. Klinik. Wien* 1871—1876) daleko więcéj, niż wszelkie teoretyczne rozumowania, a zresztą i jego doświadczenie za klamrą w tych przypadkach przemawia gdzie szypułka jest dość długą, żeby można klamrę bez naciągania przyrządów brzusznych założyć. Schroeder [2]) zaś i zwolennicy zatapiania szypułki zarzucają metodzie zewnątrz otrzewnowéj, że wewnętrzne przyrządy naciągają się mianowicie, jeżeli szypułka jest krótką. Ten zarzut odpada, bo i Sp. Wells i Billroth radzą tylko wtenczas zakładać klamrę, jeżeli szypułka jest dostatecznie długą. Daléj zarzucają, że szypułka wrośnięta w dolnym kącie rany tworzy szeroką bliznę, przez którą późniéj nieomal zawsze występują kiszki i tworzy się przepuklina brzuszna. Gdyby tak było, to dziwna, że Sp. Wells, który tak dokładnie badał dalsze powodzenie operowanych, tego nie zauważył w rozprawie swéj nic o tém nie wspomina. W naszym 1 przypadku wytworzyła się wprawdzie także przepuklina brzuszna i to jak już namieniliśmy z własnéj winy operowanéj, ale właśnie górna część blizny się rozszerzyła, a nie dolna, gdzie szypułka była wrośnięta.

Najważniejszy zarzut podług Schroedera jest ten, o którym już zaraz na początku mówiliśmy, że metoda zewnątrzotrzewnowa nie zgadza się z Listerem i daje możność do zakażenia choréj jeszcze po operacyi, a nareszcie, że zabliźnienie rany przy tym sposobie dłuższego wymaga czasu. Zalety metody wewnątrzotrzewnowéj są podług Schroedera znaczne, bo od razu po operacyi zamyka się szczelnie jamę brzuszną i tylko wtenczas trzebaby tego sposobu zaniechać, gdyby był niebezpieczny albo niepewny. Podług niego ani jedno ani drugie nie ma miejsca, bo ani ligatury *(ligatures perdues)* ani odwiązana część szypułki *(Schnürstumpf)* nigdy nie wywołują niebezpiecznego zapalenia. Przyznaje wprawdzie, że ligatury jedwabne nie raz, mianowicie jeżeli ich dużo na jedném miejscu, wywołują zapalenie miejscowe i otorbiają się, a nieraz nawet przez kiszki wyropieją, ale dzieje się to zawsze bez wielkich dolegliwości i bez żadnego niebezpieczeństwa dla choréj, częściéj zaś zupełnie giną bez śladu.

[1]) Die Diagnose und chirurgische Behandlung der Unterleibsgeschwülste. 6 Vorträge von T. Sp. Wells. verwerthet von Dr. Junker. Leipzig Breitkopf u. Härtel.

[2]) Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane pag. 398, najnowsze IV wydanie.

W każdym razie pierwsze przypadłości wcale nie mały stanowią zarzut przeciwko metodzie intraperitonealnéj. Catgut porzuca Schroeder jako materyjał niepewny. Spór powyższy trudno obecnie rozstrzygnąć; należałoby wynaleść materyjał do ligatur, któryby zatopiony nigdy nie wywoływał ani nawet miejscowego zapalenia i zawsze został wessany, a z drugiéj strony chronił tak pewno przed krwotokiem jak jedwab.

Przechodzimy do drugiéj kwestyi: Trendelenburg [1]) uważa spray w ogóle za nie potrzebny do przeciwgnilnego opatrunku. Nie godzimy się na jego wywody w ogóle; przyznajemy chętnie, że są tak dobre sale operacyjne z tak wybornem powietrzem, że można się rzeczywiście bez sprayu obejść, nie można atoli tych wyjątków uważać jako zasadę. Inaczéj się ma rzecz z mgłą przy owaryjotomii. Pierwsze owaryjotomije widzieliśmy wykonane przez Hütera pod mgłą i uderzyło nas, jak otrzewna kiszek coraz silniéj się nastrzykiwała, tak iż w końcu była znacznie zaczerwienioną. U Billrotha widzieliśmy owaryjotomije wykonane bez mgły i tam kiszki się tak nie zaczerwieniały. Zaczerwienienie kiszek tłumaczyć możemy gałeczkowatym zastojem (*globulöse Stase*) wywołanym przez kwas karbolowy, jak to wykazaliśmy w rozprawie naszéj p. t. Przyczynek do działania kwasu karbolowego (cfr. Gaz. Lek.). Wprawdzie zastój gałeczkowaty to jeszcze nie zapalenie, ale nie trudno o choćby małą szkodliwość z powietrza, którąby przy sprzyjających okolicznościach wywołała przejście w zapalenie. Jedyną drogą, żeby nie drażnić kiszek mgłą karbolową a mimo to nie narazić operowanych na zakażenie z powietrza, jest dokładne odwietrzenie i nasycenie kwasem karbolowym pokoju operacyjnego, jak to uczyniliśmy w naszych 2 przypadkach.

III. Przebicie gwoździem czaszki, drgawki epileptyczne, usunięcie gwoździa, ustanie napadów.

Skreślił **H. Rotter.**

Jakób F. piekarz, zamieszkały w Rzeszowie, uderzył wychodząc z niskiego domu głową o okap dachu i uczuł jakby był do dachu głową przyczepiony. Uchylając się gwałtownie, poczuł nieco bólu w miejscu uderzenia, lecz nie spostrzegł dotykając się ręką żadnéj rany lub krwawienia na głowie. Nazajutrz nabrzmiało mu to miejsce, gdzie się był uszkodził, co jednak tylko przez trzy dni trwało, poczém się czuł zupełnie zdrowym, nie doznając nawet najmniejszego bólu głowy. Po niejakim czasie spostrzegł, jak się wyraził, brodawkę na miejscu uderzenia, prawdopodobnie była to ziarnina, po zdrapaniu któréj paznokciem pozostała krwawiąca nieco ranka, która się w krótkim czasie zupełnie zagoić miała. Przez 3 lata czuł się zupełnie zdrowym, tak iż wszelkie czynności zawodowe pełnił bez najmniejszéj przeszkody, po upływie tego czasu, mianowicie w październiku 1879 roku, zauważył iż mu lewa górna odnoga trętwieć poczęła. Trętwienie trwało przez kilka minut i powtarzało się 3 lub 4 razy w tygodniu. Na początku listopada 1879 dostał nagle zawrotu głowy i drgawek w całém ciele, podczas wsadzania chleba do pieca, tak iż się na ziemię obalił, nie stracił jednak przytomności umysłu, gdyż jak utrzymuje widział i wiedział,

[1]) Ueber die Bedeutung des Spray und die antiseptische Wundbehandlung. Langbks. Arch. 24. tom pag. 779.

co się w jego mieszkaniu na ów czas działo i nawet wołał na żonę o pomoc, która jego bełkoczącéj mowy zrozumieć nie mogła. Jak długo napad trwał, nie może dzisiaj powiedzieć, lecz pamięta, iż mu się ramiona w tył wykręcały i że mowa mu się odmieniła. Po trzechgodzinnéj przerwie nastąpił drugi łżejszy napad, który trwał przez kilka minut, poczém chory czuł lekkie strętwienie ciała. Nazajutrz zasięgnął u mnie rady lekarskiéj, przy któréj sposobności stwierdziłem stan następujący:

J. F. 45 lat wieku, miernego wzrostu, wątłego ustroju ciała, miernie odżywiony bladéj cery twarzy, z wyrazem trwogi leżał w łóżku i żalił się na ogólne niedomaganie, na trętwienie ciała i na zawrót głowy. Skóra na ciele lekko potem zwilżona, spojówka gałki oka i powiek lekko nastrzyknięta, źrenice nieco rozszerzone, na wpływ światła leniwo oddziaływające; tętno 70 na minutę, miękkie, ciepłota ciała nie podwyższona; władze umysłowe, ruchy i funkcyje ciała nie okazywały żadnego zboczenia. Na krótko ostrzyżonéj głowie $2^1/_2$ cm. nad szwem wieńcowym, odpowiednio szwowi strzałkowemu, postrzegłem płytkie wklęśnięcie ogłowia, które było do kości mocno przyczepione, wielkości pół centa. Na środku tegoż wklęśnięcia znajdowała się ranka wielkości soczewicy pulchnemi ziarninami lekko krwawiącemi pokryta, przez które zgłębnik torując sobie drogę z łatwością na $1^1/_2$ cm. w głąb w kierunku pionowym zanurzył się nie napotykając nigdzie obnażonéj kości. Mimo to zdradzała sonda, która ugrzęzła w wązkim otworze o ścianach twardych niepodatnych, iż się znajdowała w sztucznym otworze pomiędzy kośćiami. Dla wskazanéj jednak ostrożności zaniechano głębszego badania. Nie będzie może od rzeczy przytoczyć, iż do téj chwili chory o zajściu opisaném na wstępie wcale nic nie wspominał i że tylko podczas badania głowy przypadkiem opisaną rankę odkryłem, która wydzielała nader skąpo płyn ropiasty.

Sądząc, iż mam do czynienia z pruchnieniem kości czaszki, zarządziłem stósowne leczenie rany, przestrzeganie regularnych stolców i zapisałem kali bromat. Do lutego rb. były napady dosyć rzadkie i lekkie. W tymże miesiącu przybył Jakób F. widocznie radośnie zdziwiony do mnie okazując mi odłamek gwoździa, bez główki, który przy czesaniu głowy grzebieniem z opisanego otworu na głowie miał wydobyć. Gwóźdź, który jest u mnie zachowany, przedstawia odłamek gwoździa, służącego do przybijania gontów bez główki, która widocznie odłamaną została przed długim czasem, mierzy 2 cm. długości, przeszło 2 milim. średnicy i jest nieco łukowato zgięty, tak iż przedstawia odcinek dużego koła. Drugi koniec odłamka jest śpiczasty, nieco zakrzywiony, a powierzchnia tegoż zczerniała, czworograniasta, jest zaschłą krwią powleczona.

Ponieważ Jakób F. jest wszystkim lekarzom w miejscu znany, jako prosty, uczciwy i pracowity człowiek, którego pdanie zasługuje na wiarę, przeto przedstawiłem go dnia 28 lutego rb. na zebraniu sekcyi rzeszowskiéj, gdzie zajście dosłownie opowiedział. Po wyjęciu gwoździa badałem świeżą ranę zgłębnikiem i znalazłem takową jeszcze drożną dla sondy na $1^1/_4$ cm. w kierunku pionowym i stwierdziłem, iż brzegi otworu są nieruchome i twarde pokryte ziarninami. Obecnie, to jest podczas kreślenia tego opisu, jest ranka już zupełnie zabliźniona a Jakób F. czuje się być zupełnie zdrowym, wyjąwszy strętwienie palca dużego stopy lewéj i palca usznego ręki prawéj, które się datuje od pierwszego napadu drgawek.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. W. Hübner: O leczeniu ospy.

Sprawozdanie Dra J. Warschauera.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

Dr. Hübner zaleca kwasu chlorowodowego i kwasu azotowego po 4 gramy na 180 gramów wody przekroplonéj, w téj cieczy maczać należy płateczki płócienne, i okłada się niemi skórę wysypką pokrytą, nad tym okładem stosują się okłady z wody zimnéj lub kawałeczki lodu.

Tym sposobem limfa zawarta w niesztowicach krzepnie i wstrzymanym zostaje dalszy ich rozwój; ze zniknięciem pęcherzyków poprzestać należy ze stósowaniem okładów z domieszką kwasów kopalinowych, wówczas bowiem wystarczają okłady z zimnéj wody stósowane, pod nimi zmniejsza się i rozdziela nabrzękłość zapalna, skóra staje się gładką i całkowicie prawidłową.

Nim Dr. H. doszedł do wzmiankowanego sposobu leczenia, próbował wprzód rozmaitych środków ku niszczeniu niesztowic i ku zapobieżeniu pozostającym bliznom, które najczęściéj na twarzy wydarzać się zwykły i bardzo ją oszpecają.

H. sądzi, że na twarzy dla tego wysypka bywa najobfitszą, bo na niéj włosowate naczynia są najliczniejsze, z razu leczył samemi okładami z wody i octu, biorąc równe części każdego.

Przy téj zposobności opisuje przypadek następujący: Razu jednego wezwano go już ze zmierzchem do młodéj położnicy silnie gorączkującéj, u któréj rozpoznanie choroby bardzo było łatwe, gdyż cała twarz była posiana guziczkami ospowemi; gdy choréj oświadczył, że ma ospę, taż była w rozpaczy i prosiła go usilnie, aby użył wszelkich środków, by nie została zeszpeconą krostami i bliznami. Dotychczas używał był okładów z wody i octu, a wiedząc z doświadczenia że one nie tak szybko skutkują, że dopiero po 10 do 12 dniach można się spodziewać pomocy, powziął myśl użycia rozcieńczonych kwasów kopalinowych, radząc je tylko trzy razy dziennie stósować; tym czasem służba przejęta zbytnią troskliwością, całą ilość cieczy przez noc zużyła, a Dr. H. przybywszy nazajutrz znalazł twarz choréj połyskującą, czerwoną, gorącą i bardzo nabrzękłą, tak że chora ledwie powieki przetrzeć i otwierać mogła. Na taki widok przyszło mu na myśl, że gdyby teraz ropienie nastąpiło, toby się na twarzy uformował jeden wielki ropień, a zeszpecenie byłoby okropne! Dumanie jego przerywa skłopotany mąż z zapytaniem, czy rzeczywiście stan jego żony jest groźny; H. jakby ze snu przebudzony odpowiada, że wprawdzie stan obecnie jest groźny, ale że go przynajmniéj to pociesza, że wszystkie grudki poznikały, a teraz tylko o to się rozchodzi, aby się nabrzękłość rozeszła, ktemu celowi zarządził stósowanie okładów z wody lodowéj, a przerzeczone leczenie tak było skutecznem, że już nazajutrz, a zatem zaledwie w dobę, nabrzękłość coraz bardziéj malała i powoli znikała, tak że twarzyczka młodéj pacyjentki ocalała.

Dr. H. uważa ospę za zboczenie chemicznéj sprawy skórnego narządu, wywołane przez wpływy powietrza atmosferycznego, które uregulowaném być może w sposób wyżéj określony.

Błędném jest podług niego mówić o istocie ospowéj lub o jadzie ospowym, bo każdy łatwo pojmie, że jeżeli ospa może być uleczoną bez utraty substancyi i bez pozostawienia

po sobie blizn, to osiągniętém być może jedynie przez tworzenie się nowéj skóry z limfy mieszczącéj się w pęcherzykach ospowych, czyli przez postępowanie wyżéj wyszczególnione.

Jeżli zaś wysypka znajduje się w okresie ropienia, jeśli ciecz zawarta w niesztowicach jest gęsta, mętna i ropiasta, natenczas kompletne zanikanie wysypki, czyli jéj całkowite uleczenie jest niemożebne, albowiem treść niesztowic uległa zepsuciu i stała się niezdolną do wytworzenia się z niéj prawidłowéj skóry, wprawdzie treść niesztowic krzepnie przez działanie kwasów kopalinowych, ale się w tym razie tworzy tylko zbita skorupa, która po kilku dniach odpada, przez co tyle się tylko zyskuje, że niesztowice ropieją, że się nie tworzą brunatne strupy okrywające twarz jakby maską i że nie wydają cuchnącéj woni, jaka się wydarzać zwykła przy ropiejącéj ospie.

Leczenie przeto zasadza się na uporządkowaniu sprawy organiczno-chemicznéj w narządzie skórnym, przez wzmiankowane powyżéj leczenie dopełnia się aktu chemii organicznéj w żyjącym ustroju ludzkim, gdyż chemiczny narząd chorego, to jest dwie górne warstwy skóry, staramy się sztucznie sprowadzić do prawidłowego stanu, a to przez stosowanie okładów wilgotnych, czém drożność skóry przywracamy do prawidłowego stanu, tak że przez utlenienie cieczy ciała, to jest krwi i limfy w wysypce zawartéj a krzepnącéj, nowa wytwarza się skóra.

(Dokończenie nastąpi).

Prof. M. Peter: **O leczeniu gruźliczych.**

Nie może być mowy o leczeniu suchót płucnych, bo takowe nie istnieją; „suchoty płucne“ jest to pojęcie oderwane, a pojęcie oderwane nie może być przedmiotem leczenia. Lekarz ma do czynienia z chorymi gruźlicą dotkniętymi i może im przynieść jaką ulgę, nie zaś z gruzełkami, w obec których jesteśmy bezsilni. Hypoteza o swoistości cierpienia gruźliczego sprawiła, że niektórzy lekarze szukali przeciw niemu swoistego środka: dla jednych stało się to źródłem zwątpienia, dla innych szarlatanizmu.

Nie możemy więc żadną miarą zwalczyć odśrodkowych wpływów gruzełka. Możemy wpływać na przyczyny powstawania gruzełków, nie na przyczyny już minione, lecz na przyszłe, tj. na wszystko to, coby gruzełki wywołać mogło; winniśmy temu zapobiegać, by w człowieku gruźliczym gruzełki coraz więcéj się nie rozwijały, a to możebném jest jedynie na drodze higijenicznéj.

Ideałem takiego leczenia byłoby zatém:

1. Usunąć chorego z pod wpływów szkodliwych, zewnętrznych czy wewnętrznych, fizycznych czy moralnych, śród których stał się gruźliczym.
2. Ograniczyć rozwój gruzełków już istniejących.
3. Zwalczać towarzyszące im przekrwienia, jakoteż szkodliwe ich następstwa w oskrzelach i płucach.
4. Jak najtroskliwiéj baczyć na przewód pokarmowy.
5. Podtrzymywać wszelkiemi sposobami przyrządy nerwowy i mięśniowy.
6. Uwzględnić różnorodne postacie rozwoju gruźliczego, niemniéj odporność narządu i ustroju.

Ze względu na początkowy rozwój gruzełków należy przedewszystkiém u osobników przez swą słabowitość do tego skłonnych, takowemu zapobiedz.

W przeważnéj liczbie przypadków samodzielne powstawanie gruzełków jest następstwem podupadłéj sprawy trawienia lub oddychania; zapobiegając téj przyczynie lub usuwając już istniejącą, stawiamy chorego w najlepszych warunkach, aby go ochronić od gruzełków.

Mając np. przed sobą dziecko zołzowe, limfatyczne lub co gorsza, dziecko już po ojcu lub matce skłonne do gruźlicy, — jakąż ulgę możemy mu sprawić, jak je leczyć? Gdy Petera niegdyś w tym kierunku prosił o radę ojciec, którego dziecko pochodziło z matki suchotniczéj, odpowiedział mu, że dziecko jego trzeba pokierować na chłopa wiejskiego, przez co chciał powiedzieć, że należy życie w mieście porzucić dla życia wiejskiego, życie w pokojach zamienić na życie w polu, miasto unikać słońca raczéj się nań wystawiać, szukać zimna miasto się przed niém chronić, kąpiele ciepłe zastąpić rzecznemi, spokój ruchliwą pracą, ćwiczenia umysłowe mięśniowemi, jedném słowem wieść życie naturalne: oto jest istotne leczenie zapobiegawcze. I rzeczywiście w ten sposób zdołał dziecko to przez dziesięć lat po śmierci suchotniczéj matki uchronić od wszelkiéj choroby i to bez pomocy jakiegokolwiek leku.

Człowiek to zwierzę; obojgu przeznaczono żyć na wolném powietrzu. Cywilizacyja wszystko zmieniła: zamiast sklepienia niebios pokryliśmy się sztucznym dachem, zamiast wolnego bez granic powietrza używamy szczelnie odgraniczonego i zatrutego. Nie dość na tém: przebywając śród murów coraz bardziéj a bardziéj się ścieśniających, mieszkaniec miasta podkopuje i ciało i ducha, bo nie uznaje różnicy między dniem a nocą, byle tylko przedłużyć trwanie swéj pracy lub używania; tém to organiczném zużyciem przedwcześnie się wyniszcza albo sprowadza rozwój gruźlicy w samym sobie lub w swojéj rasie.

Oto co nas kosztują cudowne postępy ludzkości! Czy z tego wynika, abyśmy się zrzekli zdobyczy cywilizacyi i wrócili do stanu pierwotnego? Nie byłoby to ani możebném ani rozumném. Co osiągnąć możemy, to to, by uwzględniać higijenę tak w budownictwie, jako i w urządzeniu domowego ogniska: ciasne a kryte ulice miast zastąpmy szerokiemi i prostemi, któreby miały dość słońca i światła, uczyńmy wolny przystęp powietrzu i wodzie, sadźmy jak najwięcéj drzew.

Powiedziano powyżéj, że możemy także powstrzymać rozwój gruzełków. Jakim sposobem? Przez zmianę higijeny. Nieszczęsny, kto tego uczynić nie może, lub mogąc nie czyni.

(Dokończenie nastąpi.)

Prof. Beneke: **O leczeniu raków.**

W rozprawie umieszczonéj w 15 tomie pisma *Deutsches Arch. f. klin. Med.* starał się B. uzasadnić nadzieję, że przez wybór i zastósowanie odpowiedniéj dyjety u chorych dotkniętych nowotworem rakowym możnaby znaczną przynieść im ulgę a może i zupełnie ich od ciężkiego cierpienia uwolnić. Nadzieję tę opierał na tém, iż większa część chorych rakowych odznacza się silną więzią ciała (przynajmniéj w początkach cierpienia), posiada szerokie naczynia tętnicze, wielką (?) a dzielnie funkcyjonującą wątrobę, obok małych stosunkowo płuc; że mięszanina soków u takich chorych zawiera obfitą ilość fosforanów alkalicznych i ziemnych, dużo cholestaerynu i lecytynu a może i zbyt wiele istot białkowatych. Na podstawie tych to stosunków, częścią przedmiotowo stwierdzonych, częścią zaś prawdopodobnych, doszedł B. do przekonania, że przez podawanie pokarmów ubogich w istoty azotorodne i sole fosforowe możnaby powstrzymać

u chorych rozwój nowotworów rakowych. Prócz tego zwrócił B. uwagę na obfite wytwarzanie żółci i częste stosunkowo powstawanie kamieni żółciowych u chorych rakowych, tudzież że obfitemu wydzielaniu żółci możnaby zapobiedz przez podawanie pokarmów bezazotowych, przeważnie roślinnych, wody karlsbadzkiéj, marienbadzkiéj itp. B. rozumuje w tym względzie jak następuje: Pierwoszcza komórek składa się przeważnie z wody, białka, cholesterynu i lecytynu, małych ilości tłuszczów lub kwasów tłuszczowych i chlorków alkalicznych. Zdaniem Benekego komórki raka, zwłaszcza miękkiego a może i wszystkie komórki przybłonkowe dużo stosunkowo zawierają cholestearynu (i lecytynu?). Ponieważ zaś cholesteryn powstaje z istot białkowatych, te zaś ostatnie zawierają również wiele fosforanów, to chcąc zapobiedz zbytniemu rozwojowi tworów przybłonkowych, winniśmy chorym naszym podawać pokarmy jak najmniéj zawierające cholesterynu, lecytynu i fosforanów. W tym celu nie wystarcza bynajmniéj polecenie chorym w mowie będącym t. zw. dyjety roślinnéj, gdyż wiadomo, że niektóre pokarmy roślinne zawierają dużo białka, inne zaś soli fosforowych itd. Ustanowienie odpowiedniéj dyjety może się tylko opierać na dokładnéj znajomości składników poszczególnych naszych pokarmów. Według powyższych zasad podaje B. następujące przepisy dyjetetyczne dla chorych rakowych:

Na śniadanie: mocna herbata z cukrem i śmietanką (także kakao); do tego mały kawałek chleba z masłem. B. poleca także ulubione u Niemców pieczone ziemniaki z masłem. Na drugie śniadanie: Owoce surowe lub gotowane, parę biszkopcików angielskich lub kawałek chleba z masłem, kieliszek wina.

Na obiad: zupa owocowa, winna lub ziemniaczana; nie więcéj nad 50 grm. mięsa; ziemniaków pod dostatkiem; różne jarzyny i owoce; ryż, sałaty, lody, wina reńskie lub mozelskie lub szampan; piwo w małych tylko ilościach, ponieważ zawiera dużo fosforanów alkalicznych.

Na podwieczorek: herbata z cukrem i śmietanką i kawałek chleba z masłem; także świeże owoce i parę biszkopcików.

Na wieczerzę: zupa jak na obiad; ryż z owocami; ziemniaki, sardynki w oliwie, świeże śledzie; kaszka hreczana; lekkie wino.

Powyższa dyjeta ma w zupełności odpowiadać swemu przeznaczeniu, gdyż w ten sposób stosunek spożywanych istot azotorodnych do bezazotowych wynosi zdaniem B. jak 1:8—9, gdy przy zwyczajnéj dyjecie stosunek ten zachowuje się jak 1:5. Prócz tego soki mało przez to mają zawierać fosforanów alkalicznych, surowica krwi ma być silniéj alkaliczną (podobnie jak u zwierząt roślinożernych) a mocz mniéj kwaśnym. Tém též tłumaczy B. rzadkie powstawanie raków u zwierząt roślinożernych.

Na dowód, że powyższa dyjeta, nawet po odciągnięciu objętych powyższym przepisem 50 grm. mięsa, wystarcza w zupełności do utrzymania życia i sił chorych tym sposobem żywionych, przytacza B. kilka przypadków, w których chorzy dotknięci rakiem, nie tylko że przy téj dyjecie mieli się wcale dobrze, ale co ważniejsza, u których sposób ten żywienia się zdawał się powstrzymywać rozwój istniejących już guzów rakowych, a nawet jak się zdaje, sprawił zupełny ich zanik.

Takaż sama dyjeta ma być również pożyteczą w łuszczycy. (*Berl. klin. Wchft.* 1880 Nr. 11). *St. Sm.*

Odruchomierz Dra Moczutkowskiego z Odessy.

Jak niezaprzeczoną jest rzeczą, że nauka o odruchach zajmuje umysły fizyjologów, którzy jéj poświęcili liczne prace tak z dziedziny spostrzegania jak i doświadczenia, tak trzeba przyznać z drugiéj strony, że fizyjologija patologiczna nie idzie w parze, względnie do odruchów, z fizyjologiją prawidłową; że ograniczając się tylko do stwierdzenia, czy istnieją u chorego odruchy, nie baczy ona na sposób ich powstawania, siłę, szybkość itd.

Fizyjologowie z wielką ścisłością obliczają szybkość odruchową u zwierząt, lecz prawdopodobnie z powodu wielce skomplikowanych przyrządów nie znalazło do téj pory ich nauczanie zastósowania u klinicystów. Moczutkowski przedsięwziął wyrugować z nauki źle określające wyrazy „odruchy przyspieszone, osłabione, wzmocnione“ itd. przez wynalezienie takiego przyrządu, któryby wyrażał w liczbach siłę i szybkość odruchów; podaje on w 7 Nrze „Wracza“ wzór takiego przyrządu, opartego na mechanizmie zegarowym, a zmierzającego do oznaczenia szybkości odruchów przy bolesném zadrażnieniu skóry. Przyrząd ma trzy tarcze, z których jedna wielka jest podzieloną jak w zegarze, przy obwodzie na 60 podziałek odpowiadających sekundom i ich połowom. Na téj tarczy mieszczą się inne dwie małe, górna i dolna: pierwsza podzielona na 10 podziałek oznaczających $^1/_{10}$ sekundy, druga zaś na 100 podziałek, wyrażających $^1/_{1000}$ sekundy; obroty skazówki téj tarczy są dla oka niespostrzegalne, lecz kontroluje je skazówka małéj tarczy górnéj, która w tymże samym czasie, kiedy skazówka tarczy małéj dolnéj wykona cały obrót, posunie się tylko o jedną podziałkę; tenże sam stosunek zachodzi między tarczą wielką a małą górną; przyrząd ten nakręca się, jak zwykły zegarek, a skazówki mogą być w obie strony obracane. Na górnéj części przyrządu, który kształtem i rozmiarami przypomina kieszonkowy zegarek, znajduje się guzik z wydrążeniem pośrodku, dający się do środka przyrządu wtłoczyć, lecz zapomocą sprężyny wyskakujący po ustaniu działania siły tłoczącéj; naprzeciw tego guzika, od dołu znajduje się drugi guzik, przy naciśnieniu którego wyskakuje z otworu górnego guzika igła; przyrząd zastosowuje się w ten sposób, że się go nakręca i nastawia, następnie badający notuje położenie wszystkich 3ch skazówek, a wreszcie przykłada i przyciska górny guzik do narządu, którego odruchliwość chce zbadać, skazówki stoją nieruchomie; przy naciśnieniu przez badającego dolnego guzika wyskakuje z otworu górnego guzika igła, która ubodzie badanego, a jednocześnie skazówki wejdą w ruch; w chwili gdy badany z bólu usuwa się od igły i guzika górnego, który wyskakuje, ruch skazówek ustaje; różnica w liczbach oznaczających położenie skazówek w chwili rozpoczęcia badania, a temi które wypadły po skończeniu takowego, stanowi szybkość odruchową badanego narządu.

Bez illustrowanego objaśnienia bardzo trudno uczynić zrozumiałém działanie jakiegokolwiek przyrządu, a zwłaszcza z tak skomplikowanym mechanizmem, jak przyrząd o którym mowa. Moczutkowski z wielkiém powodzeniem pokonał trudności techniczne, ale pomimo dokładności przyrządu wyniki badania nim odruchów nie będą mieć téj ścisłości, jaką otrzymujemy np. przy mierzeniu ciepłoty termometrem; odruchomierz Moczutkowskiego podziela te wady, które zarzucamy siłomierzowi, mianowicie, że wola chorego, a zwłaszcza zła wola, może uniemożebnić badanie, że chory stojący na niskim stopniu oświaty, nie przejęty myślą badającego, fał-

szywém zachowaniem się utrudni przeprowadzenie spostrzeżeń dokładnych. Odruchomierz i siłomierz odegrałyby wielką rolę w klinice, gdyby wyniki dokonywanych niemi badań były niezależne od woli i zachowania się chorego, jak to ma miejsce przy badaniu ciepłoty ciała. Lecz Moczutkowski uczynił pierwszy krok na drodze dokładnego badania odruchów, do przyszłości należy usunąć wadliwości jego przyrządu i metody, a jeśli klinicyści nie zastosują zaraz odruchomierza, fizyjologowie znajdą w nim cenny nabytek do badań na zwierzętach. (*Wracz* Nr. 7). *Dr. A. Kwaśnicki.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Prof. Rosenthal podaje następujące uwagi nad działaniem niektórych nowszych środków lekarskich:

1) Brom. Skutkiem zbiorowego działania większych dawek bromu może powstać osłabienie serca lub czynności umysłowych, osłabienie ogólne, nawet niezborność ruchów, prócz tego czyraki i zropienie skóry (Neumann, Guttmann).. Po odstawieniu leku wydziela się brom z moczem jeszcze przez 2 do 3 tygodni. W celu przyspieszenia tego wydzielania łączy R. każdą dawkę bromu z odpowiednią dawką środka moczopędnego (*kali nitricum*, *cremor tart.*, lub *magnesia boracocitrica* po 0·3—0·5 na dawkę.) Wzmożone tym sposobem wydzielanie moczu zapobiega działaniu bromu na ośrodki nerwowe i skórę. Metoda ta jest lepszą niż Gowersa, który stara się osłabić działanie bromu roztworem Fowlera.

2) Atropin. Wiadomo, że atropin już w małych dawkach zmniejsza wydzielanie śliny, potu i mleka. Uszło dotąd uwagi działanie atropinu na jeden jeszcze większy gruczoł gronowy, mianowicie na gruczoł krokowy. Na skuteczność atropinu przeciw upławom nasienia zwrócił R. już dawniéj uwagę. Niedawno temu polecał także Stephanides lek ten przeciw temuż cierpieniu. Na podstawie licznych nowszych postrzeżeń oświadcza R. że atropin nie wpływa pomyślnie na upławy nasienne (*spermatorrhoea*), lecz gruczołu krokowego (*prostatorrhoea*). Kilkodniowe podawanie atropinu po 0·002—0·003 grm. bywa nader skutecznem przeciw pomazaniom nocnym.

3) Przetwory arsenu. R. postrzegał w roztworze Fowlera obok drobnych płatków osad złożony z ciemnych kulek wielkości małéj główki od szpilki, w których pod drobnowidem wykazano pokurczone, wielokątne, brunatnawe komórki grzybkowe, oraz nieruchome prątki. Zauważał to i prof. Vogel. W dalszych poszukiwaniach pokazało się, że i woda destylowana po kilku tygodniach zawiera bakteryje śród istoty śluzowéj. Być może, iż powolne ubywanie arsenu w roztworze Fowlera (Monière) tłumaczy się redukowaniem takowego przez grzybki i powstawaniem związków wodu. Najskuteczniéj można zapobiedz rozwijaniu się grzybków dodając do roztworu Fowlera równe części gliceryny, która to mięszanina nie mąci się nawet po długim czasie a rozcieńczona wodą może służyć i do wstrzykiwań podskórnych, po których R. widział dobre skutki w *asthma bronchiale*.

4) Po *Quebracho* zauważał R. w rozmaitych postaciach duszności skutki dość dobre. Jest ono dobrym środkiem uśmierzającym. (Porówn. Przegl. Lek. z rb. Nr. 12). (*Wiener med. Bl.* Nr. 12).

ss) Dr. Rothe poleca antiseptyczne leczenie duru brzusznego. W tym celu podawał zwykle: *Rp. Acidi carbol.*, *spirit. vini āā 1·0, trae jodi gtt. decem, trae aconiti 1·0, aq. dest. 50·0, syrupi spl. 10·0, ol. menth. gtt. duas. MDS.* Co godzinę po łyżeczce. R. zauważał, że pod wpływem powyższego środka we wszystkich przypadkach duru brzusznego z wysoką gorączką ranną, najprzód tętno stawało się mniéj częstém, a następnie i ciepłota w ciągu 2—7 dni opadała. Pomyślne działanie to odnosi R. do antiseptycznego wpływu kwasu karbolowego i jodu na wrzody durowe w kiszkach cienkich. W obec chininu i salicylanu sodowego zaleca się prócz swéj taniości lek powyższy i tém, że go chorzy nawet przez dłuższy czas chętnie przyjmują i to bez jakichkolwiek przypadów ujemnych. Autor nie rozstrzyga, lub kwas karbolowy bez dodania jodu te same wywierałby skutki lub nie. Z dobrym także skutkiem używa R. kw. karbolowego z jodem w suchotach płucnych, błonicy, biegunkach itd. Wiadomo, że autor był jednym z pierwszych (Przegl. Lek. br. Nr. 5), którzy zaczęli stósować środki antiseptyczne sposobem wziewań przeciw suchotom płucnym. (*D. med. Woch.* 1880, Nr. 11 i 12).

ss) Odkąd Brown i Graham wykazali w pracowni Klebsa zabójczy wpływ będźwinianu sodowego na grzybki błonicowe, używali środka tego liczni autorowie, jak Schüller, Klebs, Letzerich i L. Hoffmann w błonicy i szkarlatynie z błonicą. Letzerichowi z 24 przypadków błonicy (między temi było 8 ciężkich) zmarł tylko 1 chory; 12 chorych Hoffmanna wyzdrowiało bez wyjątku, Helfer zaś, zdający sprawę z postrzeżeń swych nad skutecznością powyższego leku w *D. med. Woch.* 1880. Nr. 12, leczył tym sposobem 10 przypadków błonicy z skutkiem nader pomyślnym. H. poleca podawanie w początkach choroby środka wymiotnego (*Tart. stibiat.* 0·18 na 60·0 wody), aby przedewszystkiém wydalić z żołądka materyje gnijące a następnie stósować będźwinian sodowy, już to w mięszance Letzericha (*Rp. Natr. benz. 5·0, aq. dest, aq. menth. pip. āā 40·0, syr. cort. aur. 10·0 MDS.* Wyżyć w ciągu doby), lub też wdmuchiwać za pomocą rozpylacza delikatnie sproszkowany będźw. sodowy do gardła.

ss) Piffard (*Med. Times and Gaz. Jan.* str. 46) podaje następujące wskazówki dla leczenia wyprysku: 1) w okresie ostrym: *argent. nitr*, *in substantia,* 2) w początkach okresu przewlekłego (zaczerwienienie, powierzchowne łuszczenie, z sączeniem lub zasychaniem części choréj): *Rp. Kali brom. 0·6* do *1·2, aq. rosar.*, *glycerini āā 20·0* do zwilżania. Zamiast tego można także wcierać *decoct arnicae*, a następnie stósować *gold-cream;* jeżeliby swędzenie nie ustąpiło, można miejsca chore zwilżać chloroformem lub mięszanką: *Rp. Hydrat. chlorali*, *camphor. āā 0·6—0·12, tere exacte c. vaselin. 30·0* S. maść. 3) skoro wytwarzają się pęcherzyki i krosty, zmywać *aq. phagedaenica nigra i lutea;* 4) w razie powstawania strupów czysta woda jest szkodliwą, lepiéj używać: *Rp. Natr. chlorati 1·0—2·0, aq. rosar.*, *glycerini āā 30·0*, późniéj stósować maść zynkową lub rtęciową. Mniéj skutecznemi są maście ołowiowe. 5) W okresie łuszczenia (*eczema squammosum*) dobrze działają przetwory smołowe. 6) Jeżeli części zajęte wypryskiem przewlocznym są blade, wiotkie, należy drażnić za pomocą *hydrarg. bijodat.* lub *bichlorat.* w postaci maści, albo też nastojem jodowym, kollodyjonem kantarydowym lub pomadą złożoną z wosku i olejku krotniowego. Bardzo pomyślne działanie mają wywierać podskórne wstrzykiwania 0·3—0·6 $^1/_5$—1%owego rozczynu *natri arsenicosi* w miejsca schorzałe. Wstrzykiwania te należy niekiedy powtarzać co 2—3 dni, czasem wystarcza zastrzyknięcie jednorazowe. Jeżeli uda się w ten sposób wywołać znów okres ostry, trzeba leczyć jak powyżéj. Grube nacieki ustępują najłatwiéj pod wpływem mydła potasowego lub rozczynu ługu potasowego.

ss) Cottle (*Lancet 1879, 18 Jan.*) podawał wewnętrznie jodoform przeciw wrzodom kiłowym języka i zmianom chorobowym nosa i połyku. Wypadki były ujemne, a częstokroć występowały objawy ogólnego jodyzmu. Nader pożyteczném jest natomiast zewnętrzne stósowanie powyższego leku, z tém jednak zastrzeżeniem, aby nie używać go podczas okresu ostrozapalnego i bolesnego. Niekiedy jodoform drażni dość silnie, wywołując znaczne zaczerwienienie skóry i dokuczliwą bolesność. Czasem może to zależeć od nie dość dokładnego sproszkowania leku.

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VI z dnia 17 marca 1880.

Przewodniczący Dr. Warschauer. Obecnych członków 22. Jako gość Dr. Gumplowicz z Priesnitzthal.

1. Przewodniczący złożył do biblijoteki Towarzystwa zeszyt marcowy *Nice médical.*

2. Sekretarz stały kol. Zarewicz odczytał list Rady zawiadowczéj Tow. Lekarzy galic, przesłany w odpowiedzi na przedstawione przez Towarzystwo lek. krak. zasady połączenia się obu Towarzystw. W liście tym Rada zawiadowcza donosi, iż nie może żadną miarą doradzać Walnemu zgromadzeniu Tow. Lek. gal. przyjęcia tych zasad, natomiast przesyła projekta statutów oparte na zasadach, na jakich n ogłoby połączenie obu Towarzystw nastąpić. Zasady na których się projekta statutów opierają wyłuszczył kol. Zarewicz, a nadto przedstawił Towarzystwu jak się na nie Komitet Towarzystwa zapatruje. Po krótkiéj dyskusyi, w któréj chodziło przeważnie o sposób, w jaki ta sprawa ma być załatwioną, przyjęto wniosek kol. Sciborowskiego: Towarzystwo Lek. krak. przyjmując w zasadzie zdanie Komitetu co do zasad połączenia podanych przez Tow. Lekarzy galic., porucza temuż bliższe opracowanie elaboratu i wniesienie odpowiedniego przedstawienia na najbliższém posiedzeniu.

3. Kol. Glück odczytał rozprawę: O istocie przyrzutu szankrowego. (Będzie umieszczone w Przeglądzie). W dyskusyi zabierali głos koll. Zarewicz, Skobel, Wilkosz, Wasylewski i Pisek przeważnie w obronie istniejących dotychczas cech odróżniających wrzód szankrowy od innych wrzodów i przyznając mu pewną specyficzność, którą prelegent starał się w rozprawie wykluczyć.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Wasylewski.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 11 ospa utrzymywała się w Londynie w jednakowém nasileniu. Leczyło się w szpitalu 188, zapadło świéżo 39, umarło 13. W Wiedniu umarło 19, w Madrycie 23, w Pradze 6, w Paryżu 55, w Bukareszcie 21. Dur łagodnieje w Paryżu i Petersburgu; w pierwszém mieście umarło z duru brzusznego 65, w drugiém 44; z duru powrotnego umarło w Petersburgu 19, z osutkowego 31. Krztusiec złagodniał w Londynie, lecz jeszcze umarło 112. W Krakowie umarło w tygodniu 12 osoby 2: 1 z ospy i 1 z zimnicy a doniesiono

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 11 umarło na 1000 miesz. i rok w Krakowie 48,2; we Lwowie 42,3; w Warszawie (?); w Poznaniu 37,2; w Wiedniu 31,7; w Budapeszcie 39,3; w Pradze 43,5; w Tryjeście 35,6; w Berlinie 23,5; w Wrocławiu 33,3; w Mnichowie 37,8; w Dreźnie 22,2; w Lipsku 31,7; w Bazylei 20,4; w Brukseli 24,1; w Paryżu 31,7; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 21,9; w Stokholmie 25,5; w Chrystyjanii 17,8; w Petersburgu 51,3; w Odesie 38,3; w Rzymie 51,5; w Bukareszcie 42,9; w Madrycie 41,7; w Barcelonie 31,7; w Aleksandryi 34,8; w Nowym Yorku 25,2; w Bombayu 37,3; w Madrasie 42,4. *J. B.*

w tymże czasie o 4 przypadkach ospy (z ul. Kanonnéj l. 119; z ul. Długiéj l. 16, 1 z Podgórza i 1 ze szpitala św. Łazarza), 1 ospicy (ze szpitala św. Łazarza); 1 duru brzusznego (w wojsku); 1 czerwonki (z ul. Mikołajskiéj l. 442); 1 róży (w wojsku).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 kwietnia. Wydział lekarski Uniw. Jagiell. na jedném z ostatnich posiedzeń uchwalił poprzeć u Ministerstwa oświaty prośbę Docenta Dra Kopernickiego o utworzenie pracowni i muzeum antropologicznego. Jest więc nadzieja, że młodzież lekarska naszego uniwersytetu będzie miała sposobność praktycznego kształcenia się w nauce prawie niezbędnej do ogólnego wykształcenia lekarskiego i to pod kierunkiem tak znanego na polu antropologii pracownika. Dr Kopernicki wyraził gotowość oddania na użytek zakładu antropologicznego bogatego i przez znakomitości zagraniczne tylekroć podziwianego zbioru czaszek, który jest jego prywatną własnością.

* Pani Gilewska nadesłała na ręce dziekana Wydz. lek. 50 złr. na powiększenie fundacyi wspierania ubogich rekonwalescentów, opuszczających klinikę lekarską krak. Fundacyja, która nosić będzie nazwę fundacyi śp. prof. Gilewskiego, rozporządza więc już sumą 250 złr.

* **Warszawa**. Tow. lek. warszawskie otrzymawszy z Krakowa słownik psychijatryczny wybrało d. 16 marca komitet, który rezultat pracy swéj przedstawić ma na najbliższém posiedzeniu Towarzystwa. (*Gaz. Lek.*)

Stypendyjum imienia śp. profesora i Dra med. Polikarpa Girsztowta zatwierdzoném zostało. Procent roczny od sumy pięciu tysięcy rubli, zebranych ze składek publicznych, stanowić bądzie powyższe stypendyjum, udzielać się mające jednemu ze studentów uniwersytetu warszawskiego, poświęcającego się medycynie. Wybór kandydata należy do Towarzystwa lekarskiego warszawskiego; wypłata dokonywać się będzie w dzień śmierci nieodżałowanego profesora. (*Kur. warsz.*)

* **Niemcy**. Brat cesarzowéj austryjackiéj ks. Karol Teodor bawarski, Dr. medycyny, znany z prac w dziedzinie patologii, otrzymał od ks. Bismarka aprobatę jako lekarz praktyczny z uwolnieniem od egzaminu przepisanego ustawą przemysłową.

* **Mianowania i odznaczenia**. Referent lek. w ministerstwie spraw wewn. we Wiedniu Dr. Franciszek Schneider w uznaniu zasług otrzymał krzyż komandorski orderu Franciszka Józefa. — Dr. Andrzéj Pleniger, lekarz domowy w zakładzie terezyjańskim we Wiedniu, otrzymał order korony żelaznéj 3ciéj kl.—Docenci prywatni w Gracu Drowie Glax i Börner otrzymali tytuł prof. nadzw.—Dr. Schede w Berlinie powołany został jako operator do szpitala w Hamburgu.

* **Nekrologija**. W Berlinie umarł tajny radca Dr. Boer, lekarz przyboczny cesarza, w 72 roku życia.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 13: Matlakowskiego: Dwa przypadki pewnéj postaci przewlekłego zapalenia krtani (dok.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13: Wisłockiego: Leczenie sztuczném powietrzem; Krasińskiego: Kwestyja sanitarna m. Warszawy (c. d.); w *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 6: Buszka: Przyczynek do statystyki śmiertelności w m. Krakowie (c. d.): Żulińskiego: o żelazkach do prasowania ze względu higijenicznego: Jasińskiego: Z jakiego leczenia suchót skutki są najpomyślniejsze? Tarnawskiego: Ciąża. zaśniad czy nowotwór?

Piśmiennictwo lekarskie. Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Kolego!

Z powodu listu prof. Łuczkiewicza z Warszawy w sprawie słownika lekarskiego (Przegl. Lek. Nr. 13 rb.) mam zaszczyt upraszać szan. Kolegę (w prof. Oettingera i swojém imieniu) o zamieszczenie w „Przeglądzie Lek." następujących wyjaśnień.

Przedewszystkiém pospieszamy oświadczyć, że z przyjemnością uznajemy na polu słownictwa polskiego lekarskiego zasługę Towarzystwa lek. warsz., które w całym swym składzie przez dwa lata (1859—61) pracowało jako komisyja językowa; ubolewać tylko należy, że praca ta, o ile nam wiadomo, jakimś przy-

padkiem zaginęła, a przeto nie mogła być ogłoszoną drukiem. Z tego, co téj pracy ocalało i przeszło do dzieł wydanych od r. 1861, a jeszcze bardziej od r. 1866 w Warszawie, wiele wyrazów przyjęliśmy; niektóre jednakże po dojrzałym namyśle musieliśmy odrzucić, zastępując je innemi, już to dawniejszemi, już to co rzadziéj się zdarzało, nowo utworzonemi. Zresztą w rozbiorach wydawnictw lekarskich warszawskich, (o które to oceny kol. Łuczkiewicz potrąca, mówiąc o „surowym wyroku krytyków lingwistycznych krakowskich"), nie tylko nam szło o wytknięcie pewnych wyrażeń technicznych mniéj trafnych, ale nawet przeważnie o zwroty mowy i ogólne wyrażenia sprzeczne z naturą języka polskiego, które niestety coraz liczniéj występują w wielu wydawnictwach warszawskich. (Ob. rozbiory: Pląskowskiego Psychijatryi. Warz. 1868. w Przeglądzie Lek., t. VIII; oraz przekładów: Ziemssena chorób zaraźl. ostrych 1875, w „Przeglądzie krytycznym," t. II; tegoż chorób z zatrucia 1877, w „Dwutygodniku med. publ.," t. II; Caspra-Limana medycyny sądowéj 1876, w „Przeglądzie krytycznym," t. III; itd.

W „historycznym wywodzie" kol. Łuczkiewicza przykro nas zadziwiła ta okoliczność, że szanowny ten Kolega nie wspomniał wcale o słowniku łacińsko-polskim wyrazów lekarskich wydanym w r. 1868 przez śp. prof. Skobla i Dra Kremera w Krakowie. Nie przypuszczamy, żeby kol. Łuczkiewicz nie znał tej książki; widać zatém, że nie uważał jéj za godną wzmianki, a wyrok taki z pewnością jest zbyt surowy.

Ubolewa daléj kol. Łuczkiewicz, że komisyja terminologiczna naszego towarzystwa składa się tylko z trzech członków (obecnie nawet po śmierci kol. Kremera tylko z dwóch), gdy np. komisyja do popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów lekarskich liczy członków 17tu. Ale Towarzystwo nasze nie bez namysłu złożyło pracę główną nad słownikiem w ręce niewielu członków: albowiem w latach 1874—75 pracując nad uzupełnieniem słownika Drów Skobla i Kremera (wydaném w r. 1876), przekonaliśmy się, jak wielka jest strata czasu, gdy sprawy słownictwa roztrząsa się w liczném gronie kolegów. Nie idzie wszelako za tém, żebyśmy, przeceniając słabe nasze siły, w opracowaniu słownika szli całkiem samopas, niczyjéj nie zasięgając rady lub pomocy. Od takiéj zarozumiałości dalecy jesteśmy. Nie jednokrotnie odzywaliśmy się w „Przeglądzie Lek." i w „Dwutygodniku" do Kolegów w całéj Polsce z prośbą o nadsyłanie nam uwag tyczących się już to wyrazów słownikiem Skobla i Kremera (1868) i „uzupełnieniem" (1876) objętych, już to takich, których przekład byłby pożądany, i w skutek tego otrzymaliśmy niektóre notatki od prof. Łuczkiewicza z Warszawy, od Dra Świerza ze Skawiny, od Drów Jerzykowskiego i Koehlera z Wielkopolski, osobliwie zaś nader liczne uwagi i gotowe spisy wyrazów z ich tłumaczeniem od prof. Madurowicza, Dra Obalińskiego i prof. Rydla w Krakowie. Nie poprzestając na tym ochotniczym udziale niektórych gorliwszych kolegów, korzystamy bezustannie z łaskawéj pomocy wielu specyjalistów, o czém niezaniedbaliśmy szczegółowo donosić w rocznych sprawozdaniach komisyi terminologicznéj, między innemi np. w ustępie VII (str. 4) zdania sprawy z czynności Tow. lek. krak. w r. 1879 dokonanych, dołączonego do jednego z tegorocznych Nrów „Przeglądu Lek." Wyszczególniliśmy tam między innemi, że wyrazy z zakresu anatomii i histologii przegląda Doc. Dr. Kadyi, z antropologii Doc. Dr. Kopernicki, z botaniki prof. Rostafiński, z chemii prof. Czyrniański (w Krakowie) i Mag. Milicer (w Warszawie), z chirurgii prymar. Dr. Obaliński, z farmakognozyi Dr. Dunin Wąsowicz (we Lwowie), z fizyki prof. Kuczyński, z fizyjologii prof. Piotrowski, z ginekologii i położnictwa prof. Madurowicz, z higijeny Doc. Dr. K. Grabowski, z neuropatologii prof. Domański, z okulistyki prof. Rydel itd. [1]). Nareszcie, co osobliwie uwydatnić musimy, wszystkie kartki przegląda (niektóre nawet po kilkakroć) Prezes Akademii Umiejętn. Dr. J. Majer, a łaskawe to współpracownictwo jest dla przyszłego słownika ważną rękojmią dokładności i poprawności, obok umiarkowania w puryzmie.

Nakoniec jeszcze słówko o pomyśle rzuconym przez prof. Łuczkiewicza, a mianowicie, żeby słownik, opracowany przez nas, przed wydrukowaniem poddać jeszcze w rękopiśmie pod roztrząsanie Towarzystw lekarskich w Warszawie, Poznaniu i Lwowie. Projekt ten nie wydaje nam się być praktycznym. Przedewszystkiém trzebaby w takim razie dać przepisać [1]) w trzech egzemplarzach kilkanaście tysięcy kartek już przygotowanych; albowiem niepodobna narażać się na możliwy przypadek podobny do tego, w skutek którego dwuletnia praca Komisyi słownikowéj warszawskiéj w swoim czasie zaginęła. Pominąwszy już wielki koszt takiego przepisywania i inne trudności techniczne, jakażby ztąd powstała zwłoka, jak obszerna korespondencyja pod względem wymiany uwag, replik, itd.! Wiemy dobrze, że praca nasza bardzo daleka jest od doskonałości; ale stosując się do życzeń z wielu stron nas dochodzących i trzymając się przysłowia, że „*le mieux est l'ennemi du bien*," sądzimy, że lepiéj się przysłużymy kolegom, gdy w rb. już rozpoczniemy druk słownika będącego już na ukończeniu (pracujemy w téj chwili nad literą V,) aniżeli gdybyśmy dobrowolnie rzecz odkładali *ad kalendas graecas*. Z tém wszystkiém mamy zanotowanych paręset wyrazów bardziéj wątpliwych, co do których zamierzamy w sposób przez kol Łuczkiewicza wskazany zasięgnąć światléj rady Towarzystwa lekarskiégo warszawskiego, tudzież sekcyj lekarskich we Lwowie i w Poznaniu.

Łączę szczere koleżeńskie pozdrowienie.

Kraków d. 29 marca 1880 r. *Prof. Dr. Janikowski.*

[1]) Nadto w tych dniach wyrazy z zakresu dermatologii i syfilidologii wziął do przejrzenia prof. Dr. Rosner.

[1]) W części musieliśmy to uczynić z wyrazami z zakresu chemii i farmakognozyi, albowiem co do téj ostatniéj nauki nie znaleźliśmy w Krakowie współpracownika i przesłaliśmy kartki Dr. Duninowi Wąsowiczowi do Lwowa; co do chemii zaś, pragnąc, żeby słownictwo warszawskie było zarówno z tutejszém objęte naszym słownikiem, udaliśmy się w tym względzie do prof. Jakóba Natansona w Warszawie, a gdy tenże nie mógł sam wziąć udziału, do p. Milicera, który łaskawie podjął się uzupełnienia naszych kartek w tym kierunku.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę t. j. dnia 7 kwietnia o godzinie 5téj w sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém: 1) Odczytaném będzie sprawozdanie Zarządu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego względem projektu połączenia obu Towarzystw lekarskich. 2) Kol. Dr. Kohn mówić będzie „o drenowaniu macicy choréj po porodzie," z przytoczeniem kazuistyki.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Pomiędzy balneologicznemi skarbami leczniczemi jakie przyroda stworzyła dla ulgi cierpiącéj ludności zajmuje niezaprzeczenie **Woda gorzka Franciszka Józefa** wybitne miejsce. Znakomitości lekarskie europejskiéj sławy jak Profesorowie Bamberger, Braun, Breisky, Drasche, Leidesdorf, Gerhardt, Kussmaul, Leube, Meynert, Gietl, Nussbaum, Scanzoni, Spiegelberg i wielu innych zalecają w orzeczeniach i wykładach klinicznych wodę gorzką Franciszka Józefa, która się têm różni od wszelkich innych znanych wód gorzkich, że już w małych dawkach obok przyjemnego smaku pewnie i łagodnie skutkuje i jest dla ustroju nawet po dłuższém użyciu najodpowiedniejsza.—Jeszcze w r. 1878 w podobny sposób orzekła Lekarska Akademija w Paryżu a na ostatniéj wystawie powszechnéj została ta wyszczególniającą się woda odznaczoną, jak również na węgier. krajowéj wystawie w r. 1879 wielkim złotem medalem nagrodzona. Aby się przed oszukaniem uchronić zaleca się zresztą żądać w Aptekach i handlach wyraźnie: **Wody gorzkiéj Franciszka Józefa.**

Zdania znakomitosci lekarskich o

WODZIE GORZKIEJ

FRANCISZKA JÓZEFA

według ogólnego uznania najskuteczniejszéj ze wszystkich wód gorzkich.

Prof. Dr. Biesiadecki, Protomedyk i kraj. referent sanitarny we Lwowie: „Woda gorzka Franciszka Józefa działa już w małych dawkach jako pewny rozwalniający środek nie sprawiający bolu, nie tracący przy dłuższém użyciu skuteczności i nie przeszkadzający trawieniu“. 3 Listopada 1879.

Dr. Głowacki, Dyrektor szpitala we Lwowie: „Według skutków otrzymanych na oddziałach pow. szpitala potwierdzam zgodnie z prawdą iż woda gorzka Franciszka Józefa zasługuje na szczególne uwzględnienie jako pewny, łagodnie działający środek przeczyszczający“. 12 Listopada 1879.

Prof. Dr. Madurowicz w Krakowie: „W cierpieniach położ. i gin. sprawia zawsze już w małych dawkach szybko i nieboleśnie zamierzony skutek“. — 5 Listopada 1879.

Dr. Stella Sawicki, Inspektor szpitali krajowych we Lwowie: „Po bardzo sumiennym badaniu różnych rozwalniających wód mineralnych stwierdzam iż woda gorzka Franciszka Józefa ze względu że już w małych ilościach skutecznie, prędko i nieboleśnie działa do najlepszych wód mineralnych należy“. — 29 Paźdz. 1879.

Dr. Sciborowski, Prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w Krakowie: „Wodę gorzką Franciszka Józefa używałem z wybornym skutkiem w tych postaciach chorób w których wody gorzkie są wskazane. — 10 Listopada 1879.

C. kr. Powsz. Szpital w Wiedniu V. oddział Prof. Dr. Draschego: „W niezytach żołądka i jelit, nawykowém zaparciu stolca, braku apetytu, nawałach krwi, krwawnicach, cierpieniach wątroby i chorobach kobiecych uzyskano wyborne wyniki“. — Wiedeń 1878.

☛ Ostrzega się przed **nieprawdziwą, zielonemi etykietami** opatrzoną wodą gorzką Franciszka Józefa.

Składy znajdują się we wszystkich aptekach i renomowanych składach wód mineralnych. — Pisma o źródle itd. otrzymać można gratis za pośrednictwem **Dyrekcyi rozsełki w Buda Peszcie.**

Dr. Feliks Czerwiakowski

ordynować będzie, jak lat poprzednich

w GLEICHENBERGU.

Mieszka: w **Villa Suess** parterre.

Staraniem Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich w Krakowie wyszły następujące dzieła:

1) Dra **Pawła Guttmanna.** Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych. Przekład dokonany pod kierunkiem Dra A. Kremera i Docenta Dra Pareńskiego. Warszawa 1877. Cena 3 złr. 75 c. = 2 Rsr. 50 kop. Skład główny w drukarni J. Ungra w Warszawie.

2) Dra **Jana Steinera.** Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy. Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów: M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera. Kraków 1877. Cena 4 złr. = 3 Rsr. 70 kop.

3) Dra **Antoniego Jurasza**, Profesora w Heidelbergu. Laryngoskopija, dzieło oryginalne z 43 drzeworytami. Kraków 1878. Cena 2 złr. 25 c.

4) Dra **Oskara Widmanna** prymar. szpitala powszechn. we Lwowie. Choroby serca i tętnic. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 złr. 85 c.

5) Dra **A. Rothego** naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie. Psychopatologia Forensis, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowięzujących w Królestwie Polskiém i w Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.

Skład główny powyższych dzieł znajduje się w księgarniach: S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

Do druku przygotowane są następujące dzieła oryginalne:

1) Nauka położnictwa przez Dra H. Jordana.
2) Syfilidologija przez Dra Ż. Krówczyńskiego.
3) Choroby krtani przez prof. Dra A. Jurasza.

SZCZAWNICA.

W bieżącym sezonie ordynuję we własnym domu na MIODZIUSIU.

Dr. J. Kołączkowski.

Obersalzbrunn na Szląsku.

Tutejsze zdroje mineralne Oberbrunnen i Mühlbrunnen są słynnemi alkalicznemi szczawami. Stoją obok zdrojów w Ems i Eger Salzquelle i są ponieważ **łagodnie działają nie osłabiając** od dawna uznane za skuteczne w chorobach płuc i dróg oddechowych jak również narządów brzusznych zwłaszcza w plethora abdominalis, w długotrwałym nieżycie żołądka i dwunastnicy, w nieżycie pęcherza itd. Rozsełka odbywa się przez cały rok. Odsprzedający otrzymują rabat. **Zdrojowisko Obersalzbrunn w górach szląskich. Inspekcyja zdrojowa w księstwie pszczyńskim.**

W administracyi Przeglądu Lekarskiego

znajdują się do pozbycia następne dzieła oprawne:

KUNZE. Compendium der praktischen Medicin. 1865. 1 złr. 80 cnt.
KRAUS. Compendium der neuesten medizinischen Wissenschaften. 1875. 4 złr.
BRAUN. Compendium der Frauenkrheitn. 1863. 2 złr.
SPIELMANN. Diagnostik der Geisteskrankheiten. 1855. 1 złr. 80 cnt.
DRUITT. Chirurgisches Vademecum. 1867. 2 złr. 50 cnt.

ASTMY

Duszność, chrypka, katary zadawnione i wszelkie cierpienia kanałów oddechowych ustępują po użyciu **Rurek antiastmatycznych p. Levasseura**, 23 rue de la Monnaie w Paryżu.

NEWRALGIE

wszelkie **cierpienia nerwowe** każdéj chwili ustępują po użyciu pigułek antinewralgijnych Dra CRONIER. Skład w Paryżu w aptece p. Levasseur, rue de la Monnaie 23.

W Krakowie w aptekach PP. Trauczyńskiego i Redyka.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 10 kwietnia 1880. **№ 15.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. SZEPAROWICZ. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj. 5. Kazuistyka chirurgiczna krtani. *c)* Uwagi nad mechanicznėm leczeniem cieśni krtaniowéj *(Laryngostenosis)* i kazuistyka. (c. d.). II. — CHĄDZYNSKI. O leczeniu niektórych chorób skórnych. — III. *Oceny i sprawozdania*: HÜBNER: O leczeniu ospy. Sprawozdanie Dra J. Warschauera. (Dok.) PETER: O leczeniu gruźliczych. (Dok.) *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — V. *Wiadomości bieżące.*

I. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

(Ciąg dalszy artykułów z r. 1878 i 1879).

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurgicznego we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

(Ciąg dalszy. Przegląd Lekarski 1879 Nr. 1—7 i Nr. 14—16).

c) Uwagi nad mechanicznėm leczeniem cieśni krtaniowéj *(Laryngostenosis)* i kazuistyka.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Ten na pozór powikłany przyrząd staje się bardzo prostym, skoro go się w całości złoży, co się tak uskutecznia: Do uszka u pręcika mosiężnego przywięzuje się mocną jedwabną nitkę, jéj wolny koniec przeprowadza się za pomocą cienkiego i giętkiego, a u końca haczykowato zagiętego druta na wskroś przez rurkę przewodnika, tak ażeby uszko pręcika zostało ukryte w rurce przewodnika; gdy się nadto ostrą nasadkę u przewodnika włoży do rowka, który się znajduje na wałeczku obok uszka, a wolny koniec nitki przeprowadzonéj przez rurkę przewodnika umocuje się dość silnie do skrzydełek u rękojeści przewodnika, naówczas przedstawia przewodnik i wałeczek cynowy jednę całość, jakoby jednostajny przyrząd; boczne zaś poruszenia wałeczka dookoła przewodnika zostają uniemożliwione przez wgłębienie nasadki przewodnika w rowku wałeczka. Ten jednostajny przyrząd wprowadza się przy pomocy wziernika do krtani po chwilowém usunięciu kaniuli, a gdy się spostrzeże guziczek mosiężny w głębi otworu na szyi, podnosi się cały przyrząd nieznacznie do góry, wprowadza się kaniulę i zniża ów przyrząd znów ku dołowi, tak ażeby guziczek mosiężny wraz z szyjką pręcika wcisnął się do otworu w górnéj ścianie kaniuli, poczém chwyta się szyjkę pręcika rozwartą pincetką pod 3 opisaną, tak ażeby została ujętą w dziurce, którą tworzą oba skrzydełka pincetki po jéj zamknięciu, poczém w tém położeniu zaśrubowuje się pincetkę. Po zwyczajném umocowaniu kaniuli taśmą jakoteż po uwolnieniu nitki na skrzydełkach przewodnika umocowanéj, wyjmuje się przewodnika, a nitkę umocowuje się do około ucha chorego. Świeczka cynowa pozostaje w krtani według możności jak najdłużéj, najczęściéj przez 24 godzin, poczém się ją odświeża, oczyszcza lub na wyższy numer zamienia.

Zestawiając opisane postępowanie Schrötterowskie z metodą Trendelenburga znajdujemy następujące analogije: 1) w obu metodach używa się wałeczków cynowych do rozszerzania, 2) w obu umocowuje się takowe za pomocą nitki, którą się wyprowadza na zewnątrz, 3) w obu używa się rurkowatego przewodnika do wprowadzenia wałeczka.

Różnica zaś jest w następujących szczegółach: 1) Wałeczki Dra Trendelenburga są stożkowate a powierzchnia przekrojowa prostopadła do osi długiéj jest kołem. Trendelenburg przepisuje sporządzanie takowych w ten sposób, że długą stożkowatą i okrągłą laskę cynową podziela się na potrzebną ilość wałeczków. Wałeczki Schrötterowskie są trójkątnemi graniastosłupami, trójkątna ich powierzchnia przekrojowa licuje bardzo dobrze z trójkątną powierzchnią głośni na poprzecznym jéj przekroju. 2) W Schrötterowskiéj metodzie umocowuje się wałeczki nie tylko u góry nitką, jak w metodzie Trendelenburga, lecz utrzymuje się je odrębną pincetką przez kaniulę. 3) Przewodnik Schrötterowski jest znacznie odmienny i to na korzyść od Trendelenburgowskiego. Ten ostatni bowiem używa po prostu cewników przełykowych jako przewodników. Dyspnoemeter Trendelenburga ku oznaczeniu stopnia zadyszki nie należy do przyrządu leczniczego i jest raczéj bawidełkiem może do fizyjologicznych celów przydatném.

Nie trudno dopatrzyć się prawdziwego postępu pod względem technicznym w przyrządzie Schrötterowskim zestawiając go z przyrządem Trendelenburga. Ja ośmieliłbym się zrobić tylko jeden zarzut temu przyrządowi, a to na podstawie własnego doświadczenia. Pincetki Schrötterowskie są według mego zdania niepraktyczne, a to z tego powodu, że zajmują znaczną część światła kaniuli a razem ze strupami, które w ciągu 24 godzin na nich jakoteż w ścianach kaniuli się osadzają, stają się przeszkodą w oddychaniu. Zresztą

chorzy, którzy niechętnie znoszą ten sposób leczenia, z łatwością zdejmują sobie takowe, poczém wyjmują wałeczki i tłumaczą się tém, że szczypczyki same zleciały. Niemniéj muszę zaznaczyć jeszcze jednę okoliczność, któréj bardzo często doświadczałem: przy zastósowywaniu pierwszych numerów zdarza się częstokroć, a mianowicie początkującym przy braku dostatecznéj rutyny, że do kaniuli wciska się oprócz guziczka i szyjki pręcika także i brzuszek samego wałeczka; jeżeli się tego dobrze niedostrzeże, co się łatwo w takich przypadkach wydarza, gdzie przetoka (otwór po tracheotomii) jest głębszą, w takim razie można i całą godzinę męczyć się około uchwycenia wałeczka szczypczykami, a szczypczyki zsuwają się ciągle i wypadają. Nie jest to wymysłem, lecz wynikiem wieloletniego doświadczenia. Kiedy przed dwoma laty po raz pierwszy na posiedzeniu naszéj sekcyi Tow. lek. praktycznie przedstawiłem sposób zastósowywania tego przyrządu, właśnie to mi się zdarzyło i nie małego nabawiło mnie kłopotu; dopiero może po upływie $^1/_2$ godziny spostrzegłem błąd, podniosłem wałeczek do góry, poczém nastawiła się sama szyjka, którą skutecznie uchwyciłem; późniéj wydarzało mi się to samo kilkakrotnie, mimo że już znałem tę ewentualność. W niskich numerach, gdzie wałeczek łatwo wciska się do otworu kaniuli, wydarza się to z łatwością, choćby się nawet dobrze szyjkę nastawiło, skutkiem najdrobniejszego poruszenia przyrządu w chwili, kiedy się ma już szczypczyki zaaplikować. Zaznaczam tę okoliczność, albowiem wiem, że wzgląd na nią przyda się każdemu, kto zechce zatrudniać się tą metodą leczenia. W końcu mając większy zastęp chorych tego działu równocześnie w szpitalu, potrzebaby dla każdego odrębnych szczypczyków. Z tych wszystkich powodów wprowadziłem u siebie małą odmianę w tym kierunku a mianowicie: po wprowadzeniu wałeczka i nastawieniu szyjki w głębi otworu na szyi, rozumie się po poprzedniém wyjęciu kaniuli, przymocowuję przy pomocy długich a cienkich szczypczyków mocną jedwabną nitkę do szyjki, co z łatwością daje się uskutecznić, po czém wolny jéj koniec przesuwam przez otwór kaniuli w górnéj jéj ścianie i zewnętrzne ujście i wprowadzam kaniulę umocowując nitkę zewnętrznie na kaniuli u jéj haczyka lub w rowku zewnętrznym blaszki, przez który przeprowadza się tasiemkę ku umocowaniu kaniuli. Chorym wygodniéj, postępowanie łatwiejsze, a cel zostaje zarówno osiągnięty. Dodać należy, że wyrostki granulacyjne lub w ogóle wszelkie wybujałości sterczące do wnętrza krtani poniżéj strun głosowych wypycha się wałeczkami ku dołowi, przez co się je najlepiéj nastawia do wszelkich rękoczynów, bądź przyżegania bądź wycinania w głębi otworu na szyi. Że co najmniéj pierwsze posiedzenia powinny się odbywać pod kontrolą wziernika, jest rzeczą jasną, atoli przesadą muszę nazwać wymaganie, ażeby wprowadzanie wałeczków tylko w ten sposób przez cały czas leczenia się odbywało. Przedewszystkiém nie rozporządza dostatecznym czasem na ten cel lekarz szpitalny, mający większy zastęp chorych, a który nie ogranicza się do saméj specyjalności krtaniowéj; następnie jeżeli się zbadało dokładnie przedmiot chorobowy i kilkakrotnie utorowało się drogę przy pomocy wziernika, w takim razie taka skrupulatność jest zbyteczną. Wyznaję otwarcie, że najczęściéj wprowadzam tak wałeczki cynowe jakoteż i rurki Schrötterowskie, o których jeszcze wspomnę, bez kontroli wziernika, a ograniczam się do téj ostatniéj tylko przy pierwszych próbach. Wprowadziwszy palec wskazujący ręki lewéj do gardła i oparłszy go o tylną względnie dolną powierzchnię nakrywki a cisnąc nim równocześnie nakrywkę ku przodowi, podczas gdy chory sam sobie język na zewnątrz kompresikiem przytrzymuje, wciska się przyrząd do krtani, przyczém należy skrupulatnie przestrzegać linii środkowéj a palca wskazującego trzymać się jako przewodnika, przyrząd zaś należy wsuwać bezpośrednio wzdłuż tylnéj powierzchni nakrywki. Zdarza się, że mimo dobrego kierunku w początku po usunięciu palca z gardła wpada się do połyku, a poznaje się to natychmiast po zbyt łatwém posunięciu się przyrządu ku dołowi. W takim przypadku należy postępowanie na nowo rozpocząć. Następnie zdarza się nieraz że chorzy już po wprowadzeniu wałeczka do krtani lub podczas wprowadzania dostają wymiotów; w takim razie nie potrzeba przerywać czynności rozpoczętéj, albowiem nie zachodzi obawa, aby wypociny mogły się dostać do krtani, gdyż podczas wprowadzania, jak zazwyczaj przy wszelkich mechanicznych manipulacyjach w krtani, ujście jéj jest zazwyczaj kurczowo zamknięte, po wprowadzeniu zaś same wałeczki zatykają światło krtani.

W końcu muszę jeszcze jednę podać uwagę. Z przedstawienia rzeczy w sprawozdaniu Schröttera możnaby mniemać, że sposób leczenia według téj metody jest zupełnie obojętny dla organizmu i nie wywołuje żadnego oddziaływania. Otóż mogę zapewnić, iż często występuje znaczna reakcyja, a mianowicie: ból w krtani, zaczerwienienie, obrzęk w krtani, a skutkiem tego spotęgowanie przypadów cieśni po wyjęciu wałeczków na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu, przyspieszona czynność serca, brak łaknienia, osłabienie a nawet dreszcze i gorączka, jak tego się doświadcza w przypadkach cieśni cewki moczowéj. Te przypady zaś występują zawsze wtedy, jeżeli się nie jest dość wytrwałym w zasadzie: ażeby tylko zwolna stopniować w skali wałeczków a nie zbyt pospiesznie postępować od niższych do najwyższych numerów. Pośpiech w tym kierunku mści się częstokroć dosadnie, albowiem nieraz musi się czynność przerwać i czasem dość długo wyczekiwać, zanim złe skutki ustąpią, po czém nieraz potrzeba w skali o kilka numerów się cofnąć. W jednym przypadku (Władysław S. 9ty przypadek niniejszéj kazuistyki) doprowadziłem był już do Nru 7 rurek Schrötterowskich, drożność krtani była prawie zupełną, mowa dość dobra, po czém zbyt pospiesznie zastósowałem Nr. 8 a skutkiem tego stan się tak pogorszył, że już około dwóch miesięcy upłynęło, a ja cofnąwszy się po znacznéj przerwie do Nru 6 nie mogę Nru 7 przekroczyć; miejscowo wystąpiło znaczne pogorszenie, a ogólne uwydatnia się w znacznym upadku sił skutkiem wielokrotnych dreszczów. W jednym zaś przypadku (przyp. 11ty) straciłem chorą, jak się o tém szan. czytelnicy dowiedzą z szczegółowego opisu. I w téj także mierze można się oprzeć na analogii z cewką moczową, a mianowicie: oddawna znane jest chirurgom doświadczenie, że pośpiech w wyborze numerów cewników w cieśni cewki moczowéj sprawia częstokroć bardzo znaczną reakcyję: dreszcze, utrudnienie a nawet zupełne wstrzymanie moczenia a nawet i ropienie dookoła cewki moczowéj. Uważam przeto za swój obowiązek przestrzedz szan. kolegów początkujących w tym kierunku, ażeby z największą skrupulatnością postępowali według zasady „zwolna i cierpliwie naprzód“ a mianowicie dopóty nie zmieniać numeru wałeczka na grubszy, dopóki się nie stwierdzi, że numer w użyciu będący z łatwością się wsuwa przez cieśń krtaniową.

Wyznaję, że z początku z nieufnością zabierałem się do praktycznego wykonywania téj metody. Doświadczenia zbierane w dziale cieśni cewki moczowéj wzniecały obawę,

że gdyby w danym przypadku nawet zupełny skutek dał się osiągnąć, nawrót cieśni wymagałby ewentualnie powtórzenia tracheotomii i całego postępowania; a gdyby nadto okres względnego stanu zdrowia był krótki, w takim razie zysk chorego osiągnięty z mozołem, ustąpiłby niestety miejsca ujemnym stronom sposobu leczenia. Téj mojéj obawie z góry powziętéj dawałem wyraz przy danych sposobnościach na posiedzeniach Towarzystwa lekarskiego. Atoli doświadczenie usposobiło mnie o wiele przychylniéj dla metody, aniżeli się tego spodziewałem. Należy przyznać, że wartość metody została ogromnie podniesioną przez uzupełnienie jéj przez Schröttera w r. 1875, skutkiem wprowadzenia w praktykę rurek z twardego kauczuku. W téj to właśnie okoliczności należy upatrywać ogromny postęp w tym kierunku, który zapewnia metodzie mechanicznego leczenia cieśni krtaniowéj niezachwiane stanowisko w laryngologii. Chorzy wyuczają się wnet zastósowywania rurek Schrötterowskich i zyskują w nich środek celem zapobieżenia nawrotowi cieśni, usuniętéj metodą omówioną, w wielu zaś przypadkach te same rurki czynią tak tracheotomiję jakotéż i ową mozolną metodę leczenia zbytecznemi! Podczas gdy wszelkie usiłowania różnych autorów były tylko próbami o warunkach tylko do pewnych przypadków zastósowywanych, to metoda Schröttera w swojéj całości, to jest przyrząd już opisany wzmocniony tym, który zaraz opiszę, jest sposobem leczenia obejmującym cały dział dotyczących chorób, tak że można teraz śmiało wygłosić jako pewnik, że we wszystkich przypadkach cieśni krtaniowéj, z wyjątkiem takich, gdzie w ogóle o pomocy z powodu miejscowych lub innych warunków nie może być mowy, można metodą Schröttera przywrócić bądź zupełną drożność krtani, bądź nawet w najgorszych przypadkach sprowadzić polepszenie do pewnego stopnia i czasu.

Ową drugą częścią przyrządu Schrötterowskiego są to rurki 25 cm. długie z twardego kauczuku, na kształt przyrządów do krtani w ogóle w jednym końcu zagiętych i w téj samej swéj połowie kształtu trójkątnego graniastosłupa, podobnie jak opisane wałeczki cynowe, w końcu stożkowato zwężone, o trzech bocznych owalnych a jednéj kolistéj dziureczce u dołu, o kantach stępionych; w drugiéj swéj połowie kształtu rurek okrągłych z numerowaną gałką u końca, w któréj jako nasadka umocowaną jest rurka na kształt kaniuli do tracheotomii jako miara światła dotyczącéj rurki. U gałki wystarczają po obu bokach mosiężne gwoździki. Takich rurek jest w całéj skali 10 lub 12; wyrabia je znakomicie Rajner w Wiedniu, który celuje w dziale przyrządów krtaniowych. Dotyczące rurki wprowadza się pod kontrolą wziernika lub i bez téj kontroli, jak powyżéj opisałem i zostawia się je w miarę potrzeby przez godzinę lub i dłużéj; umocowuje się je taśmą, którą przywiązuje się do guziczków u gałki a oprowadza się dookoła szyi chorego. Chorzy z łatwością uczą się sposobu wprowadzania takowych przed lustrem lub i bez lustra.

Pomijając usiłowania Bouchuta i Weinlechnera, które miały na celu zupełnie lub czasowo zastąpić tracheotomiję w ostréj cieśni krtaniowéj przez wprowadzenie rurek muszę namienić, że w ostatnich czasach zwrócił Hack (l. c.) uwagę na rurki Schrötterowskie i ich doniosłość w ostréj cieśni. Jego chory w napadzie zaduszenia skutkiem ostréj sprawy zapalnéj na tle kiły ogólnéj wprowadził sam sobie rurkę Schrötterowską, w którą został przedtém zaopatrzony opuszczając szpital i uratował sobie życie. Schüller (*Schrötter Laryngol. Mittheil.* 1871—73, str. 73) oszczędził choremu potrzeby tracheotomii w napadzie zaduszenia na tle gruźliczém przez wprowadzenie rurki. Sam Schrötter zastósowywał swoją metodę, o ile mi wiadomo z jego sprawozdań drukowanych, li w przypadkach przewlocznéj cieśni. Kilka przypadków z swojéj praktyki opiszę poniżéj, w których usiłowałem trachotomiję zastąpić rurkami Schrötterowskiemi, a ponieważ właśnie w tym kierunku poczyniłem kilka nader nieszczęśliwych doświadczeń, zwracam na nie szczególną uwagę szan. Czytelników, albowiem z nich właśnie mogą początkujący zaczerpnąć ważne wskazówki dla swego postępowania. Rzecz dziwna, że podobne przestrogi nie znajdują się u innych autorów; dla tego łatwo mógłby ktoś z kolegów trudniący się tą specyjalnością uważać metodę tę za obojętną pod względem niebezpieczeństwa i lekceważyć ją. Moje doświadczenie jednak nakazuje wielką ostrożność w téj mierze, a mianowicie:

1) Ponieważ w przypadkach, w których usiłujemy pominąć tracheotomiję przez zastósowanie rurek Schrötterowskich, nie ma w razie ewentualnéj reakcyi innéj drogi celem zapewnienia choremu potrzebnéj ilości powietrza, należy tém bardziéj przestrzegać zasady, o któréj już raz wspomniałem, to jest powolnego stopniowania w skali grubości, w przeciwnym bowiem razie można się spotkać z fatalnemi następstwami, jak o tém poucza jeden z moich przypadków, w którym straciłem chorą (przyp. 11ty).

2) Wprowadzając w przypadkach ostréj cieśni rurkę Schrötterowską należy się zapewnić, że chory ma należyty dozór lub jest dostatecznie inteligentny, ażeby nie wyjął sobie rurki wbrew zakazowi w nieobecności lekarza, gdyż zaduszenie może z szybkością błyskawicy nastąpić, zanim lekarz zdoła przybyć na ratunek. Mój przypadek 15ty jest znakomitą ilustracyją takiéj przykréj możliwości.

3) W przypadkach ostréj sprawy zapalnéj w krtani rurki sprawiają w niéj owrzodzenia, równie też w przypadkach cieśni porażennéj, a mianowicie jeżeli porażenie jest ogólne, to jest nietylko w dziedzinie ruchu, jak np. w przypadkach porażenia rozwieraczów głośni, to jest m m. pierścienio-nalewkowych tylnych po durze, błonicy, (patrz mój przypadek 16ty) lecz i w dziedzinie czucia, jak np. w przypadkach porażenia krtani na podstawie chorób ośrodków nerwowych, (patrz mój przypadek 14ty). W tym ostatnim razie bywają owe wrzody odleżynowe bardzo głębokie, tak, że chrząstki zostają pozbawione wszystkich swoich powłok, i wytwarzają się w krótkim czasie, podobnie jak tego doświadczamy na uciśnionych częściach ciała w przypadkach porażeń rdzeniowych, zwykłe odleżyny. W takich więc przypadkach, a do tych właśnie należy mój przypadek 14ty, należy utrzymać tracheotomiję w jéj dotychczasowych prawach, a to tém bardziéj, że cieśnie krtaniowe téj kategoryi nie są chwilowe, lecz co najmniéj długotrwałe, lub zgoła nieuleczne, stósownie do choroby przyczynowéj, jako takie więc z góry nie kwalifikują się do leczenia za pomocą rurek. W przypadkach ostréj sprawy zapalnéj wytwarzają się mniéj głębokie owrzodzenia, i dla tego nie mają zbyt ważnéj doniosłości, jakkolwiek stanowią niemiłe powikłanie, a zdaje się nawet, że wcaleby się nie wytwarzały, gdyby się zastósowywało o ile możności rurki niskich numerów. W moim przypadku 15tym użyłem rurki N. 7 u dorosłego młodzieńca, atoli nie wątpię, że N. 5 lub 6ty byłby wystarczył i możeby się było obeszło bez wzmiankowanego powikłania. Także w jednym przewlocznym przypadku spostrzegałem odleżyny (przyp. 11ty), atoli powierzchowne. Na owe

owrzodzenia skutkiem rurek zwrócił pierwszy uwagę Trousseau jako referent Komisyi wyznaczonéj przez Akademiję francuzką do zbadania i ocenienia metody Bouchuta w dławcu i tą to właśnie okolicznością pogrzebał Trousseau tę metodę. Według mego mniemania jednak przemawiają jeszcze inne i to ważniejsze powody przeciw zastósowywaniu rurek w dławcu celem uniknięcia tracheotomii, a mianowicie:

1) Możliwość zepchnięcia błon dławcowych do tchawicy i ewentualnego zaduszenia.

2) Okoliczność, że rurki zatykają się śluzem, strupami, krwią itd. i z tego powodu muszą być częściéj zmieniane, równie jak i w celu nakarmienia chorego, które to zadanie właśnie byłoby dla chorych nużącém, a nie mniéj dla lekarza, a co gorsza częstokroć w obec niesforności dzieci z jednéj, a niewyrozumiałości rodziców z drugiéj strony, może być niewykonalném.

3) Wzgląd na to, że rurki Schrötterowskie utrudniałyby a względnie uniemożliwiały wykrztuszenie oddzielających się błon dławcowych.

4) Dławiec, który ma tak wybitną dążność postępowania coraz daléj i tylko przez to staje się ostatecznie zabójczym, wymaga, ażeby względem niego przestrzegano z jak największą skrupulatnością najważniejszéj zasady ustanowionéj dla chorób zapalnych: „spokoju!" ciągłe zaś niepokojenie krtani przez wprowadzanie i wyjmowanie rurek nie licuje z tym wymaganiem.

Z tych więc powodów sądzę, że w dławcu rurki Schrötterowskie nie mają przyszłości i nie wyrugują tracheotomii, a mogą ewentualnie oddać usługę tylko w tych przypadkach, gdzie wskazana tracheotomija z jakichkolwiekbądź powodów nie może być doraźnie wykonaną; rurki mogą tam stać się nieocenionym pomostem do tracheotomii.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. O leczeniu niektórych chorób skórnych.

Odczytano dnia 6 grudnia 1879 r. na posiedzeniu sekcyi lwowskiéj Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Napisał Dr. Jan Chądzyński
prymaryjusz w głównym szpitalu lwowskim.

Dla usunięcia strupów lub łusek w niektórych chorobach skórnych używano dotąd różnych środków, z których jedne okazywały się bezskutecznemi, inne dotkliwie bolesnemi, inne znowu nie dały się w praktyce prywatnéj zastósować a w dodatku skuteczność ich była wątpliwą lub krótkotrwałą. Sądzę więc, że po znakomitych skutkach osiągniętych przez Neumanna (*Wien. Med. Presse* Nr. 37, 38, 39, 40, 44, 45, 52 z r. 1878) w Wiedniu, po użyciu kw. chryzofanowego, Jarischa (Przegląd Lekarski Nr. 1 z r. 1879) po użyciu kw. przyswędko-dębiankowego (*acid. pyrogallicum*), Preitzmana (*Wien. med. Presse* Nr. 20 z r. 1879). w Nikołajewie po użyciu kw. salicylowego, obowiązkiem było przeprowadzenie dalszych doświadczeń w kierunku przez nich wskazanym, a to: 1) dla stwierdzenia już osiągniętych skutków, 2) dla zrobienia jeszcze dalszego postępu w zastósowaniu, 3) dla zachęcenia do używania środków, których skuteczność i szybkość działania już stwierdzoną została, na co szczególną uwagę zwrócić należy w leczeniu zwłaszcza uboższéj warstwy społeczeństwa, gdzie brak czasu i wyczerpanie funduszów długotrwałą chorobą sprowadzone dotkliwie czuć się daje. W doświadczeniach moich nie mogłem zastósować proszku Goa, pochodzącego z pnia i gałęzi drzewa podzwrotnikowego, należącego do rodziny strączkowatych (*leguminosae*), a zawierającego 80 do 85% kwasu chryzofanowego, tém samém łagodniejszego. Z początku tedy wedle przepisu Neumanna używałem maści złożonéj z kw. chryzofanowego w stosunku 1:4 tłuszczu, z dodatkiem jednéj kropli olejku bergamotowego; następnie dla przyczyn, o których poniżéj wspomnę, zastąpiłem olejek i tłuszcz wazeliną, zmieniwszy stósunek na 3:10 téj ostatniéj. Maści takiéj używałem w przypadkach łuszczycy i strupnia woszczynowatego. Dla porównania skuteczności używałem daléj kwasu przyswędko-dębiankowego w stósunku 1:10, 2:10 i 3:10 wazeliny, maści z będźwinianu sodowego (*Natrum benzoicum*) 4 na 8 wazeliny, maści z chloranu potasowego (*Kali chloricum*) w stósunku 4:8, a ostatecznie balsamu guryjuńskiego (*Balsamum Gurjun, Wood oil*), którego wartość późniejsze doświadczenia okażą. Jednakowoż tu już namienić muszę, że oprócz w chorobach skórnych używam tego balsamu także w rzeżączce cewki i pochwy, i spodziewam się, że w krótkim czasie będę mógł wynik tych doświadczeń podać do wiadomości publicznéj.

Przed zastósowaniem jednego z tych leków zamiast dawniéj zalecanych kąpieli długo trwających, zmywania szarém mydłem, ubrania kauczukowego, obwijania w koce itp., używałem dla zmiękczenia nacieków rozczynu kw. salicylowego (6 na 100 wyskoku według przepisu Preitzmana), albo mego rozczynu kw. borowego (5:100 wyskoku), nie jak dawniéj 10·00 kwasu na 40·00 wody gorącéj z dodatkiem 50·00 wyskoku, a to z powodu, że 1) po oziębieniu zbyt wiele osadzało się krzyształów, 2) że mniéj był skutecznym niż rozczyn czysto wyskokowy, 3) że nieco więcéj kosztował. Bez zastósowania jednego z tych dwóch rozczynów, maść chryzofanowa wywoływała zwykle, jak poprzedni badacze stwierdzili, niemiłe, aczkolwiek dość szybko przemijające objawy, a mianowicie:

1) Swędzenie, pieczenie, zaczerwienienie, zabarwienie skóry dochodzące aż do ciemno-czerwonego i fioletowego koloru, dość długo się utrzymujące, obrzmienie, miejscowe podwyższenie ciepłoty, czasami bezsenność; na twarzy: lekkie napuchnienie policzków, obrzęk powiek, zapalenie spojówek, światłowstręt, pomimo, że maść nie dostawała się do oka.

2) Niekiedy występuje sztuczny wyprysk, co rzeczywiście stwierdziłem u pewnéj choréj leczonéj z powodu lekkiego swędzenia na obu przedramionach i barkach maścią chryzofanową. U choréj téj, która na mój oddział przyjętą została, wystąpiło przed 3 dniami bardzo silne cisawo czerwone zabarwienie skóry, a prócz tego pojawiły się drobne pęcherzyki wyprysku. Czasami występuje trądzik, a jak Hebra podaje (*Wr. med. Presse* Nr. 44 z roku 1879) wybuchła w jednym przypadku dość łagodnéj łuszczycy obrączkowéj (*Psoriasis annularis*) po jednorazowém zastósowaniu kw. chryzotanowego z kleiną (*collodium*) łuszczyca ogólna.

Widziałem również w przypadkach, gdzie nie używano rozczynów wyskokowych, przypady pod 1) wymienione, lecz w ogóle dość rzadko, i w sposób łagodny przebiegające. Nie mogę pominąć milczeniem, że taki stan zapalny skóry z rozlanym obrzękiem, z miernem zaczerwienieniem, łagodném swędzeniem i pieczeniem, z nieznaczném podwyższeniem tętna i ciepłoty skóry, jednakowoż bez zajęcia gruczołów

tějże, dochodzący nieraz do pojawienia się pęcherzyków wyprysku, skutkiem ogólnéj podniety krążenia, korzystnie oddziaływać może na szybsze wessanie nacieków ponad poziom skóry wyniosłych, twardych, zgrubiałych lub nawet rogowych (nagniotki), dla usunięcia których przed niedawnemi czasy jeszcze zalecano *(Auspitz)* nacieranie piaskiem lub skrobanie, postępowanie w każdym razie dotkliwie bolesne. Dlatego w ciężkich przypadkach, mianowicie łuszczycy i liszaja żrącego (*lupus vulgaris*) występowanie objawów pod 1) wymienionych nie stanowi przeciwwskazania do dalszego używania maści. Jeżeli jednakowoż w skutek zbytniego nasilenia stanu zapalnego przez jeden lub dwa dni maści używać przestano, to, gdy zapalenie pod zimnemi okładami ustąpiło, daléj codziennie stósowano jeden z wzmiankowanych rozczynów a następnie maść. Przypady te jednakże zwłaszcza na plecach, szyi i twarzy jużto skutkiem silniejszego nacierania występujące, lub, co do prawdy podobniejsze, skutkiem działania barwika kw. chryzofanowego i części lotnych olejku bergamotowego, skłoniły mnie do coraz rzadszego używania maści chryzofanowéj. Stósuję ją tylko w bardzo uporczywych przypadkach, w lżejszych zaś postaciach chorobowych zastępuję ją maścią z kw. przyswędko-dębiankowego, będźwinianu sodowego lub chloranu potasowego. Maść z kwasu przyswędko-dębiankowego 1:10 wazeliny, barwy szaro-galaretowatéj, pomimo bardzo silnego nacierania codziennie twardym szczecinowatym pędzlem, nie sprawia boleści i nie wywołuje tak łatwo rumienia (*erythema*), zwłaszcza przy poprzedniém stósowaniu wzmiankowanych rozczynów. Nadto nie barwi skóry, i ta wydaje się tylko nieco brudniejszą, staje się więcéj śliską, twardą i mniéj podatną. Z tych względów kw. przyswędko-dębiankowy zasługuje na pierwszeństwo, chociażby tylko z przyczyn toaletowych. To samo odnosi się do będźwinianu sodowego i chloranu potasowego, z których maści właściwie stósowanemi być powinny; na części ciała odkryte, jako to: plecy, szyję, twarz i ramiona. Rozumie się samo przez się, że u osób dbałych o czystość, piękność i gładkość cery a szukających porady lekarskiej tylko w celu usunięcia piegów, plamek wątrobianych i trądziku, stósunek kwasu chryzofowanego i przyswędko-dębiankowego w maści zmienić można, stósując jednakowoż zawsze poprzednio jeden z rozczynów wyskokowych. Najodpowiedniejszą porą do stósowania tych środków jest chwila przed udaniem się do łóżka, gdyż zaczerwienienie i zabarwienie, jeżeli w ogóle wystąpi, do rana znacznie łagodniejszém się staje. Wszelako przypomnieć należy, że w tych razach maści z będźwinianu sodowego lub chloranu potasowego właściwiéj używać należy. Co do rozczynu wyskokowego kw. salicylowego i kw. borowego, użytego do usuwania strupów i łusek, to ani kąpiele ani natryski itp. środki używane w celu zmiękczenia skóry, a tém samém ułatwienia działania leków, nie są w stanie zastąpić powyższych rozczynów, a tém mniéj w praktyce prywatnéj, gdzie kąpiele i natryski z przyczyny ubóstwa, braku wody, usługi i innych niedogodności nie dadzą się czasem zupełnie przeprowadzić. Równe przeszkody napotyka się przy skrobaniu *(abrasio)*, nacinaniu (*scarificatio)* i nakłuwaniu *(punctio)*, natrafiając na chorych, których lada rękoczyn przestrasza. Wzgląd także mieć należy na utratę krwi, która aczkolwiek nieznaczna, jednakże przy częstém powtarzaniu się niekorzystny wpływ wywrzeć może, zwłaszcza u niedokrewnych, zołzowatych chorych.

Ponieważ wszystkie dotąd używane środki służyły do usunięcia strupów i łusek a tém samém do ułatwienia wprowadzania leków do właściwéj skóry (*Corium*) w celu wywarcia tamże zbawiennego wpływu na przebieg choroby, dla tego to nacieramy naprzód silnie rozczynem wyskokowym kw. salicylowego lub borowego miejsca skóry zajęte liszajem wyłyszającym (*Herpes tonsurans)*, ostudą (*Pityriasis versicolor)* łuszczycą (*Psoriasis)*, strupniem woszczynowatym (*favus*) itd., aż do otrzymania czystéj powierzchni. Na oczyszczoną w ten sposób skórę stosujemy bezpośrednio drugim pędzlem szczecinowym jedną z powyższych maści i to według rodzaju choroby, jej umiejscowienia i natężenia. Z tego postępowania osiąga się ta korzyść, że przy krótszém leczeniu działanie jest szybsze a skuteczność większa. Po użyciu kw. chryzofanowego lub przyswędko-dębiankowego przyskórek oddziela się w małych, delikatnych kawałkach, czasami tylko w większych strzępkach, stósownie do składu maści, rodzaju choroby i delikatności skóry, na którą maść była użytą. Łuszczenie to przy używaniu rozczynów wyskokowych bardzo szybko i prawie doszczętnie się odbywa, czyto dla tego, że przez tarcie przyskórek łatwiej schodzi, czyto, że pod wpływem odtłuszczającym tych rozczynów, mniéj przyskórka się wytwarza a wytworzony łatwiéj się oddziela. Dosyć na tém, że współczesne zastósowanie jednego z rozczynów łagodzi zaczerwienienie i zabarwienie skóry, a z drugiéj strony niezmiernie przyśpiesza rozejście się nacieków chorobowych. Dla złagodzenia swędzenia, pieczenia lub obrzęku skóry, który zwykle przy użyciu pierwszych dwóch maści, a prawie nigdy przy użyciu maści z będźwinianu sodowego lub chloranu potasowego nie występuje, możnaby u osób z delikatną skórą lub z przyczyny umiejscowienia choroby używać mączki tatarczanéj, krochmalu lub mączki ryżowéj, co dawniéj zwykle czyniłem. Posiadając atoli w zimnych okładach łatwiejszy i tańszy sposób usuwania tych przypadów, prawie od początku moich doświadczeń wyłącznie do nich się uciekałem i do dziś dnia przy używaniu tychże pozostałem.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. W. Hübner: O leczeniu ospy.

Sprawozdanie Dra J. Warschauera.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Dr. H. przytacza kilka historyj chorob i tak jeden z jego pacyjentów poświadcza, że zachorował na ospę krwotokową(?) wśród silnéj gorączki i bólu głowy połączonego z bredzeniem dnia 30 listopada r. 1871, i że po 12 dniach trwania choroby zupełnie wyzdrowiał, bez pozostawienia blizn po wysypce.

Drugi chory podaje, że na żądanie poświadcza, iż zachorował dnia 5 kwietnia r. 1872 go na ospę, że kilka dni z rzędu bredził, że przez sposób leczenia przez pana Dra H. zastósowany wstrzymany został rozwój wysypki ospowéj na twarzy, i że już 16go kwietnia a zatém w dni 11cie był wyleczony bez żadnego śladu blizn.

Dnia 21go października r. 1871 H. wezwany został do majstra szewskiego, u którego ospa już była rozwinięta, twarz pokryta pęcherzami ospowemi zlewającemi się barwy brudno żółtéj, na języku znaczny pokład śluzu barwy żółto-białawéj, smak w ustach gorzki, a gorączka znaczna. Dr.

H. zalecił okładać twarz chustami rozcieńczonemi kwasami kopalinowemi zwilżonemi, na wewnątrz zaś podał lek wymiotny, następnie napar senesowy z solą gorzką biorąc liści senesowych sześć gramów na 150 wody i ośm gramów soli gorzkiéj, za pożywienie polecił wodziankę. Nazajutrz wysypka ospowa tak dalece się zmieniła, że przez zakrzepnienie limfy stwardłéj utworzył się strup pęcherzowy, dnia 26 października, a zatém w trzy dni, zastał chorego siedzącego już przy piecu z fajką w ustach, na dobre sobie kopcącego, który wcale już nie chciał wiedzieć o żadnéj kuracyi; w kilka dni potém strupy zaschłe odpadły, a pod nimi ukazała się skóra cienka, czerwonawa o powierzchni gładkiéj, jak to bywa na miejscach wystawianych na działanie pryszczydła. Nie było żadnych dołków, jakie zwykle po ospie zostają, słowem był kompletnie zdrów.

Skłonność czyli usposobienie do ospy posiada każdy człowiek, bo ono zawisła od tego, że w skórze każdego człowieka istnieje sieć naczyń włosowatych opatrzona w otworki, któremi krew i limfa się przepaca (*diapedesis*), aby z tych cieczy utworzyć nową skórę, zewnętrzny czyli starszy przyskórek oddziela się, a pod nim tworzy się nowa warstwa skóry. Sieć naczyń włosowatych po całém się rozpościera ciele, a oczka onéj najliczniejsze bywają na twarzy i na odnogach ciała, ztąd też na wspomnianych powyżéj okolicach wysypka bywa najobfitszą.

Nie sądzę, aby sposób leczenia podany przez Dra Hübnera stosowany zaraz na początku choroby mógł wstrzymać pojawienie się wysypki; gdyby jednak ropieniu tylko mógł zapobiedz, lub wstrzymać rozpoczęte, to by i to już było rzeczą wielkiéj wagi i na uwzględnienie zasługującą, gdyż zapobiegłoby się tak częstemu zeszpeceniu twarzy.

Ja dotychczas używalem rozmaitych środków dla ograniczenia ropienia niesztowic ospowych: olejku migdałowego, gliceryny, kleiny, nastoju jodyny, roztworu półtoracznego chlorku żelazowego, roztworu dwuchlorku rtęciowego; mogę jednak śmiało twierdzić, że w ospie zlewającéj się *(confluens)* nie wiele pomagały.

Od najdawniejszych czasów starano się ograniczyć ropienie niesztowic ospowych.

Rhazes ktemu celowi zalecał picie napojów zimnych, jako to zimnéj wody w małéj naraz ilości, lecz częste, całe zaś ciało otaczał parą wodną jakby łaźnią parową, on též zalecał nakłócie niesztowic nożykiem, poczém ranę okładał roztworem istot ściągających (szczmiących); Sydenham w 17tym wieku używał nacierań z olejków rozmiękczających, Forestus używał nacierań sadłem, Zimmermann stósował *Empl. de vigo*, Briquet wcierań szaruchy, Tissot i de Haën zmodyfikowali sposób przez Arabów podany w ten sposób, że nożyczkami przecinali niesztowice, poczém ranę przemywali ciepłém mlekiem; Fryderyk Hofmann idąc za zdaniem Sylviusa radził w porze wysypkowéj używać moczenia nóg (kąpiołki nożne), jako środka odwodzącego (*derivans)* od głowy; Saalmann skłania się ktemu leczeniu, gdy tymczasem Van Swieten i Hufeland nie uwzględniają tego sposobu leczenia, ostatni zalecał okłady z mleka słodkiego, Unzer przykładał na twarz maść ze śmietanki świeżéj i kredy, Richter posypywał twarz proszkiem kamforowym, Stewart, Bretonneau, Serres i Velpeau po nacięciu niesztowicy przyżegali ranę azotanem srebrowym, Rayer wprowadził *cauterisation en masse*, kiścią zwilżoną roztworem azotanu srebrowego pomazywał całą twarz, inni używali kleiny, Aran i Valleix pomazań roztworem dwuchlorku rtęciowego, roztworu jodowego. Hebra mający wielkie doświadczenie pod tym względem sądzi, że wszelkie usiłowania na nic się nie przydadzą, że jednak ospa nie zawsze jednakowo występuje i nie zawsze głębokie dołki po sobie zostawia, zaleca stósowanie środków odmiękczających, które wprawdzie nie pomagają, atoli choremu niejaką ulgę przynoszą.

Prof. Schwimmer w Budapeszcie mówiąc o miejscowém leczeniu ospy ze stanowiska nauki grzybicowéj (*Arch. für klinische Medicin* Ziemssena i Zenkera. Tom XXV, zeszyt 2—3. Lipsk 1880) wykazuje, że leczenie wewnętrzne środkami przeciwgrzybicowemi (odwietrzającemi) jakoto: kwasem karbolowym, salicylowym i tymolem nic nie pomaga, i owszem że je żołądek nawet nie znosi, że sprawiają zaburzenia a we większéj dawce podawane zatrucie wywołują, zewnętrznie jednak stósowane wstrzymują i ograniczają ropienie niesztowic ospowych.

Ktemu celowi okrywa twarz i odnogi maściami a Baron (*Gazette médicale* c. V 26) zalecał stósowanie maści składającéj się z 24 części maści szaréj, 10 części wosku i 6 części smoły. Inni radzą obmywanie wodą chlorową.

Byli jednak i przeciwnicy przypiekania i tak: Husson widział dwa razy śmierć po przypiekaniu. Keller stracił jednego chorego tym sposobem leczonego, Gerardin uważał zapalenie mózgu po przypiekaniu.

Jerzy Karol Neumann autor pięciotomowego dzieła o chorobach człowieka, dzieła na owe czasy słynnego, mąż wielkiego doświadczenia mówi w ustępie o leczeniu ospy co następuje:

Man gab einmal den Rath, die Pocken zu öffnen, damit keine Narben werden sollten. So viel Pocken man öffnet, so viel Narben bleiben lebenslang, so viel ungeöffnet bleiben, so viele verschwinden spurlos, ohne Zurücklassung von Narben.

Man sieht, dass es oft auch grossen sonst treff lichen Aerzten begegnen kann, gerade das Gegentheil der Wahrheit zu glauben und zu empfehlen.

Prof. Wunderlich radził pierwszego lub drugiego dnia powstania wysypki każdą grudkę z osobna azotanem srebrowym przyżegać; jeśli przyżeganie w tym czasie się odbywa, to nie pozostają blizny, jeśli zaś przyżeganie późniéj się odbywa, skutek bywa niepewny. Mniéj pewnym jest drugi środek przezeń zalecany to jest nakłówanie wysypki dnia 2go lub 3go i wyciskanie treści tak długo, aż się krew pokazywać zaczyna, potém należy miejsca te przemywać odwarem ślazowym lub z główek makowych.

Prof. M. Peter: **O leczeniu gruźliczych.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 14.

Przytoczywszy kilka przypadków, w których zmieniony sposób życia wywarł skutki nader pomyślne, zastanawia się prof. Peter nad kwestyją miejsca pobytu gruźliczych podczas zimy. Tu pamiętać należy, że suchotnik nie potrzebuje klimatu, którỳby go uleczył, lecz któryby mu pozwolił żyć jak najdłużéj. W tém wada, ze szukamy klimatu lub ciepłoty, któreby gruzełki zagoić a gruźliczego wyleczyć mogły.

Nie ma również podstawy szukanie dla gruźliczych podniebia, w którém nie panuje gruźlica miejscowa; z wyjątkiem okolic podbiegunowych, klimatu takiego nie ma nigdzie. Jest to błędem porzucać jakieś miejsce pobytu dla tego, że rodowici jego mieszkańcy podlegają gruźlicy, gdyż dowiedziono, że nie samo powietrze, nie ciepłota, wiatry lub de-

szcze wywołują gruźlicę, lecz różnorodne niedostatki higijeniczne. Można nabyć gruźlicy w Cannes, w Nizzie, Mentonie, w Hyères, Pau i w Algierze; gruźlica tam nabyta może się szerzyć, aczkolwiek nie mamy prawa obwiniania o to powyższych stacyj.

Jest to także wielkim błędem skłaniać się na oślep do wyboru jakiejś okolicy, ponieważ w niéj nie ma gruźliczych. Rozumowanie takie byłoby bardzo fałszywém, zwłaszcza co się tyczy krajów ciepłych. Przedewszystkiém trzeba zbadać, czy ta lub owa okolica dla takich a takich gruźliczych, w téj lub owéj porze roku, jest pożyteczną lub szkodliwą: nie zależy tu jedynie na wyższym lub niższym stopniu ciepłoty, lecz przeważnie na skonstatowaniu gwałtownych a nagłych zmian atmosferycznych co do wiatrów, mgły i deszczów.

Przeszedłszy następnie odmienne zdania lekarzy co do wartości podniebia ciepłego i zimnego, zgęszczonego i rozrzedzonego, suchego i wilgotnego powietrza, powiada prof. Peter o podniebiach zimnych co następuje:

W okolicach zimnych utlenianie krwi jest potężniejsze, czynność płuc więc bardzo spotęgowana, — a wiemy, że im dzielniejszą jest czynność jakiego narządu, tém mniéj tenże bywa skłonnym do gruźlicy; gruźlica płuc w okolicach podbiegunowych jest prawie zupełnie nieznana, podczas gdy cierpieniom zapalnym podlegają tamże narządy oddechowe bardzo często. Podobnie i w miejscach wysoko położonych, gdzie powietrze jest więcéj rozrzedzone, całe płuco musi rozwinąć swoją działalność, a więc i szczyty płuc muszą pracować należycie, by utlenić krew odpowiednio do potrzeb ustroju. Wiedząc zaś, że nawykowa bezczynność narządu najbardziéj sprzyja powstawaniu w nim gruzełków, łatwo zrozumiemy ochronę mieszkańców okolic zimnych, bardzo wzniesionych, od gruźlicy płuc. Zdaje mi się, że nie bez podstawy należałoby okoliczność tę wyzyskać dla osobników słabych, lub już dziedzicznie do gruźlicy skłonnych, jakotéż tych, u których gruźlica już się zaczęła rozwijać zwolna i bez gorączki. Dla takich to indywiduów może być np. Davos odpowiedniém miejscem pobytu, gdy tymczasem nie powinniśmy tamże posyłać chorych gorączkujących, dotkniętych zmianami w krtani, lub u których suchoty płucne znacznie już są rozwinięte.

Nadmierne gorąco, szkodliwe dla wszystkich ludzi, jest szczególnie niebezpieczném dla suchotników. Przyczyny tego są następujące: 1. silne gorąco wywołuje poty, zwłaszcza u tych, którzy sami przez się skłonni są do potów; 2. odejmuje łaknienie chorym dotkniętym dyspepsyją gruźliczą; 3. sprawia biegunki. Według zgodnego doświadczenia wszystkich lekarzy praktykujących w podniebiach gorących, przebiegają tam suchoty niezmiernie szybko; podniebia gorącego należy unikać szczególniéj w lecie. Najzbawienniejszą dla suchotników jest ciepłota umiarkowana, raczéj świéża niż wysoka; zdanie, jakoby ciepłoty wysokie korzystnie wpływały na przebieg suchot, jest fałszywe; suchotnik potrzebuje takiéj temperatury, któraby mu pozwoliła wychodzić codziennie na świéże powietrze.

Wybierając miejsce na pobyt zimowy, należy uwzględnić wiele innych jeszcze okoliczności ubocznych ale nader ważnych. Nasamprzód, jaka jest postać gruźlicy? Czy przebiega powoli lub szybko, z gorączką lub bez gorączki, czy jéj towarzyszy krwioplucie, zakłócenie trawienia itp.

Na pytania te można ustanowić następujące sumaryczne wskazania: żadne miejsce pobytu nie zdoła np. powstrzymać szybkiego rozwóju gruźlicy płucnéj; podniebie ciepłe przyspieszyłoby tylko jéj przebieg. Żadna stacyja zimowa nie powstrzyma ani nie zmieni gorączki towarzyszącéj gruźlicy z przebiegiem więcéj przewlekłym; tu nie pomoże żadne leczenie. Dla postaci przewlekłych a bezgorączkowych mamy klimaty zimowe świéże lub ciepłe, suche i podniecające lub wilgotne i łagodzące. Klimaty świéże nadają się szczególnie dla gruźliczych dotkniętych brakiem łaknienia, których płuca znoszą gruzełki stósunkowo dobrze; ciepłe są pożyteczniejsze dla tych, których narząd oddechowy usposobiony jest do zapaleń. Klimaty suche i podniecające nadają się dla postaci drętwych, wilgotne i łagodzące dla eretycznych.

Podajemy jeszcze ustęp traktujący o leczeniu potów, kaszlu i biegunki u gruźliczych:

Chorzy gruźliczy pocą się, bo gorączkują, — pocą się bo śpią,—pocą się, bo są bliscy śmierci. Wszystko to zlano niewłaściwie w nazwę suchotniczych potów nocnych, niewłaściwie, bo suchotnik może się pocić i we dnie, jeżeli zaśnie. Lepiéjby było nazywać rzeczone poty potami sennemi lub potami przebudzenia, gdyż suchotnik budząc się pokryty jest obfitym potem ogólnym lub częściowym.

Poty gorączkowe pozostają w ścisłym związku z nasileniami gorączki, przedstawiają tylko pewien okres napadu gorączkowego; poty pojawiające się po przebudzeniu są mniéj zależne od sprawy gruźliczéj, rozpływne zaś poty dowodzą, że charłactwo dosięgło już ostatniego swego kresu.

Poty gorączkowe przebudzenia i rozpływne różnią się samém swojém powstaniem, to téż i leczenie ich musi być różne: możemy coś uczynić przeciw potom gorączkowym, mniej przeciw potom przebudzenia, w obec rozpływnych jesteśmy zupełnie a zupełnie bezsilni.

Poty gorączkowe, a raczéj poty zależne od nasileń gorączki, winniśmy tak samo leczyć jak napady gorączki, któréj ostatni stanowią okres, tj. podawać chinin po 0·25—0·50 grm. na dawkę, rzadko kiedy więcéj.

Przez nasilenie gorączki rozumiemy ponowny jéj napad; gorączka ciągła, wywołana postępem sprawy gruźliczéj, nie ustępuje przed chininem; jezeli może ustąpić, to jedynie pod wpływem miejscowych środków odciągających i odwodzących.

Jeżeli gorączka zależy od stanu gastrycznego skutkiem przepełnienia żołądka, leczenie cierpienia żołądkowego jest zarazem leczeniem potów; lekki środek wymiotny lub rozwalniający i dyjeta ścisła.

Poty przebudzenia są same przez się zagadkowe. Dla czego pojawiają się one u jednych suchotników, u drugich zaś nie? Dla czego występują na początku choroby, znikają niekiedy w dalszym przebiegu, a w ostatnim okresie pojawiają się jako poty rozpływne?

W celu zwalczenia potów rozporządzamy dwojakiemi środkami, wewnętrznemi i zewnętrznemi: ostatnie mniéj są znane aniżeli piérwsze.

Ze środków wewnętrznych następujące mają pierwszeństwo: Przedewszystkiém należy tu *agaricus*, polecany już przez Haëna, a przez Andrala w *Hôpital de la Pitié* dokładnie zbadany. Sławny ten lekarz wykazał swemi poszukiwaniami, że środek ten może usuwać poty suchotników, że można w tym celu stósować dawki dość znaczne, np. do 2·0 grm., bez szkody dla przewodu pokarmowego; dopiero 3·0 grm. wywołują biegunkę.

Trousseau podawał leku tego z dobrym skutkiem

po 0·20 grm na 2 godziny przed pójściem do snu. W przypadkach bardzo wybitnego charłactwa można poty rozpływne łagodzić, ale zupełnie ich usunąć nie zdołamy.

Peter stósował *pulv. agarici* po 0·20—0·30 grm.; większa dawka nie okazała się nigdy potrzebną.

Zachwalano dawniéj octan ołowiowy w połączeniu z makowcem jako środek przeciwko potom. Środek ten o tyle jest niewygodny o ile po dłuższém jego użyciu może się uwydatnić działanie jego trujące.

Zalecano również kwas garbnikowy w dawce 1—2·0 grm. na wieczór, a w nowszym czasie siarkan atropinu; ostatniego środka można użyć w razie, gdyby zawiódł *agaricus*.

Jedna postać kaszlu pochodzi z obecności gruzełków drażniących części sąsiednie; ponieważ gruzełki nie mogą być wykrztuszonemi, kaszel bywa bezskuteczny, suchy.

Późniéj w okresie rozmiękania gruzełków istnieje już wytwór chorobowy, który może być wykrztuszonym. Bądź-cobądź, w pierwszym i w drugim przypadku kaszel pośrednio lub bezpośrednio osłabia chorego.

Skoro istnieje kaszel suchy, winniśmy działać na narządy nerwowe; w kaszlu zaś połączonym z wykrztuszaniem należy zmniejszyć wydzielanie chorobowe.

Za przewodem Trousseau'a podaje prof. Peter w małych ilościach makowiec w połączeniu z mniejszemi jeszcze dawkami wroniego oka. Czy zatém kaszel jest suchy lub nie, podaje się 1—2 pigułek, z których każda zawiera 0·01 grm. *extr. opii* i 0·005 grm. *extr. belladonnae*, dawkę tę w razie potrzeby można powiększyć. Wydzielinę zmniejszyć można środkami balsamicznemi, np. ulepkiem terpentynowym itp.

Niekiedy kaszel połączony z wymiotami powstaje skutkiem wprowadzenia pokarmów do żołądka. Kaszel jest tu następstwem podrażnienia końcówek nerwu błędnego, ustaje więc po zwymiotowaniu pokarmów. Jestto więc istotnie kaszel żołądkowy, a niesłusznie sądzą niektórzy, że wymioty są tu mechanicznem następstwem kaszlu. Wiadomo, że u astmatyków, miewających daleko silniejsze napady kaszlu, wymioty nie powstają. Kaszel suchotników, wywołany podrażnieniem żołądka, możnaby porównać z kaszlem żołądkowym u osób histerycznych. Jedynie w krztuścu wymioty są następstwem gwałtownego napadu kaszlu. Za słusznością tego zapatrywania przemawiają i skutki lecznicze: ilekroć uda nam się uśmierzyć drażliwość błony śluzowéj żołądka, tylekroć można usunąć kaszel i wymioty. Najskuteczniéj działa tu kropla makowca podana przed jedzeniem. W celu usunięcia dyspepsyi można w takich razach podawać po jedzeniu 3 krople kwasu solnego w 3 łyżkach wody.

W niektórych razach przetwory makowca są bezskuteczne, zwłaszcza jeżeli istnieje równocześnie znaczny ból w dołku podsercowym; w takich przypadkach zastósowanie środka odciągającego na dołek żołądkowy i równoczesne użycie przetworów makowca mogą powstrzymać wymioty. W innych przypadkach połączonych z gwałtownym bólem żołądkowym trzeba się uciec do wstrzykiwań podskórnych morfinu. W razie bezskuteczności makowca pomaga niekiedy napój z 60·0 grm. wyskoku na 100·0 wody.

Biegunka może u suchotników z różnych pochodzić przyczyn: mamy biegunkę nieżytową, biegunkę powstałą skutkiem nadmiernego użycia pokarmów i niedostatecznego trawienia, biegunkę wywołaną owrzodzeniem gruźliczém i biegunkę rozpływną.

Biegunka nieżytowa, postrzegana często w początkach choroby, ustępuje najrychléj po uregulowaniu dyjety i zastósowaniu *magist. bismuthi*, 5—10·0 grm. dziennie (po 1·0 grm. na dawkę). Jeżeli biegunka zależy od użycia oleju wątłuszowego, mleka lub zbyt obfitych pokarmów, należy zmienić dyjetę, miasto oleju wątłuszowego można podawać miód; mleko znoszą chorzy częstokroć dobrze, jeżeli dodamy doń łyżeczkę wody wapiennéj lub podamy przed tém 1·0 grm. *magist. bismuthi*. Biegunka wywołana przepełnieniem żołądka (w których to razach kał zawiera zazwyczaj niestrawione pokarmy) ustępuje najrychléj po zastosowaniu środka wymiotnego (1·0—1·5 grm. *ipecacuanhae* w 3 dawkach co 10 minut), a następnego dnia lekkiego środka przeczyszczającego; równocześnie trzeba uregulować dyjetę.

Więcéj zawikłaném jest lekowanie, jeżeli istnieje zapalenie żołądka i jelit. Przeciwko cierpieniu żołądka zastósujemy odpowiednią dyjetę, przeciw zapaleniu kiszek bizmut z makowcem (0·01 na 1·0 grm.). Środki szczmiące nie wiele pomagają, i winny być podawane tylko w postaci lewatyw. Wybornie działa *Tinct. laud. Sydenh.*, 1—2 kropel 4—5 razy dziennie na wewnątrz lub 5—10 kropel 1—2 razy dziennie w lewatywie. Równoczesnie można stósować środki odwodzące, nacierać skórę brzucha wódką kolońską itp.; czasem są pożyteczne często odmieniane leki zbąblające. W przypadkach, w których biegunka zależy od wrzodów gruźliczych, dobrze działa azotan srebrowy, 0·01—0·05 na dawkę. W innych przypadkach, jak w biegunce rozpływnéj, wszelkie leczenie jest bezskuteczne. (Wyjątek z II tomu *Clinique médicale* 1880). *St. Sm.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Najłatwiejszy i najlepszy sposób odjęcia jodoformowi nieprzyjemnéj woni polega na dodaniu doń olejku fanklowego *(ol. foeniculi)*. Maść, złożona z *jodoformi*, *ol. foenic. āā 1·0*, *vaselini 8·0*, nie okazuje już wcale przykréj woni jodoformu, owszem ma zapach wcale przyjemny.

ss) Do licznego pocztu chorób, w których zachwalają pilokarpin, przybyła i mocznica *(uraemia)*. Dr. Leven ogłasza historyję choroby dziewczynki dotkniętéj białkomoczem, która nagle dostała drgawek, obok niemożności oddania moczu. Po trzykrotném zastrzyknięciu chlorku pilokarpinu chora odzyskała przytomność, zaczęła się pocić i ślinić, a po czwartém wstrzyknięciu drgawki ustąpiły zupełnie. Chora wyzdrowiała.

ss) Dr. Taube uważając jako pierwotne ogniska zakaźne w odrze błonę śluzową nosa, przewód łzowy i spojówkę, w szkarlatynie zaś migdałki i przełyk, poleca miejscowe leczenie antiseptyczne już w okresie wylęgania i zwiastunów. Przedewszystkiém nadaje się tu 3%owa mgła karbolowa obok wielkich dawek chininu i kąpieli. W błonicy poleca: 1) wstrzykiwanie 3%owego rozczynu karbolowego w migdałki; 2) częste przestrzykiwania nosa i przełyku takimże rozczynem; 3) wstrzykiwania stężonego rozczynu boraksu co godzinę; 4) chinin z belladonną; 5) kąpiele ciepłe z zimnemi zlewaniami; 6) okłady Prysznicowskie na szyję. To samo leczenie zachwala T. w odrze i szkarlatynie, prócz tego nacieranie skóry sadłem. *(Journ. f. Kinderheilkunde*, t. XIV, 2 i 3).

ss) Jako skuteczny środek przeciw moczeniu krwawemu podaje Dr. Upshur *(Lond. med. Rec.* Jan. 1880) *tincturam*

guajaci. W kilku przypadkach, w których inne środki zawiodły, U. widział po leku tym bardzo szybko skutki pomyślne.

ss) Dr. Zander poleca następujący łatwy sposób wypompowywania treści żołądkowéj: Po założeniu zgłębnika żołądkowego (najlepiéj angielskiego) chory przechyla się w ułożeniu kolankowołokciowém w ten sposób po nad brzeg łóżka, aby głowa znajdowała się około 30 cm. niżéj od pośladków. W takiém ułożeniu treść żołądkowa odpływa dobrowolnie. Z. zachwala przepłókiwanie żołądka 2%owym rozczynem sodowym, najlepiéj przed pójściem do snu. (*D. med. Woch.* 1880. Nr. 6).

ss) Z różnych przetworów chininu okazał się prof. Köbnerowi najodpowiedniejszym do wstrzykiwań podskórnych chlorek (*chin. muriat.*), którego 0·15—0·25 grm. rozpuszczają się po ogrzaniu w równych częściach (*āā 0·5*) gliceryny i wody (a więc 1:4). Rozczyn ten nie mąci się jeszcze w kwadrans po ogrzaniu. Lek wstrzyknięty, roztarty w skórze palcami, drażni bardzo mało. Dawki 0·12—0·15 zastrzyknięte podskórnie przeciw nerwobólom przepuszczającym działały równie skutecznie jak 1·0 chininu podany wewnętrznie, i to bez jakichkolwiek przypadów ubocznych. (*Memorab.* XXV, 1).

ss) Dr. Sachse podaje 10 przypadków chorobowych ze zmianami w szczytach płuc, obfitemi rzężeniami, nawet jamami, gorączką i wychudnieniem, w których stósował wziewania z *Borac. 2·0, acidi salicil. 2·50, aq. ferv.* 100·0—150·0 trzy razy dziennie po 5—10 minut. W 7miu przypadkach objawy miejscowe zmniejszyły się a ciężar ciała się powiększył nawet wśród niekorzystnych warunków zewnętrznych. W trzech pozostałych przypadkach leczenie to nie wywarło żadnego skutku. (*Berl. klin. Woch.* 1880, Nr. 6).

ss) T. zw. epidemije żółtaczki opisywano już dość często i do rozmaitych odnoszono je przyczyn. Dr. Fröhlich zebrał około 30 takich epidemij opisanych w literaturze lekarskiéj, do których dodaje 4 nowe, postrzegane w wojsku niemieckiém. 1) Na wiosnę r. 1875 podległo 19 żołnierzy żółtaczce w Neubreisach, prawdopodobnie skutkiem szkodliwych wyziewów z okopów. 2) W lutym i marcu r. 1877 panowała zółtaczka między żołnierzami, którzy byli narażeni na silne przemoczenia. 3) W lutym i marcu r. 1878 pojawiła się żółtaczka u 19 żołnierzy, skutkiem nieodpowiedniego żywienia. 4) Równocześnie panowała takaż epidemija w Konstancyi, przypisywana przemoczeniu i przeziębieniu. Postrzegano także żółtaczkę u kilku osób mieszkających w izbie, w któréj znajdowała się gnijąca belka. Po usunięciu belki żółtaczka się już nie pojawiła. (*D. Arch. f. klin. Med.* t. 24).

ss) Dr. Ronus poleca przeciw gorączce połogowéj *tinct. opii crocata*, po 10—15—20 kropel 2 razy dziennie; stwierdzili to proff. Hasse i Breit, nie wdając się w tłumaczenie sposobu działania. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte* 15 marca 1880).

ss) Za przykładem Bergerona, Cloqueta i Feltza podawał Dr. Bouchut z bardzo pomyślnym skutkiem fuksyn przeciw przewlekłemu białkomoczowi u dzieci; stwierdził przytém względną nieszkodliwość tego środka, gdyż nawet 2·0 do 16·0 grm. nie sprawiały zaburzeń w trawieniu l. tp. (*D. med. Woch.* 1879, Nr. 52).

ss) Prof. Fürbringer próbował w kilku przypadkach zmian kiłowych skóry wstrzykiwań podskórnych rtęci metalicznéj, przy czém przekonał się, że rzadko tylko powstają skutkiem tego miejscowe objawy zapalne i że w takich razach wydzielająca się ropa wówczas tylko zawierała rtęć utlenioną, jeżeli po wstrzyknięciu rozcierano ją pod skórą. W moczu znajdowano rtęć u tych tylko chorych, którym wstrzykiwano rtęć nader dokładnie roztartą w postaci zawiesiny. Przy takiém leczeniu plamki kiłowe znikały w $2\frac{1}{2}$, wysypka zaś guzkowa w 4—8 tygodni. (*D. Arch. f. klin. Med.* t. 24, 129).

(*K. Gr.*) Nowy przyrząd do sztucznego odżywiania podaje Dr. Frey z Baden-Baden. Gdy w pewnych przypadkach chorobowych nie możemy odżywiać chorych, doprowadzając im pokarmy przez usta, staramy się odżywić ich za pomocą enem odżywczych, które zwykle dobrze bywają strawione. Tylko w przypadkach, gdy ciecz wstrzyknięta jest za ciepła lub za chłodna, pojawiają się gwałtowne bóle i po 10 lub 15 minutach odchodzi niestrawiona ciecz odżywcza. Aby tego uniknąć, Frey podaje przyrząd, za pomocą którego można stale utrzymać ciepłotę 30—35° C. i powoli ze słabém ciśnieniem pożywienie wstrzykiwać. Przyrząd składa się z flaszki o grubéj szyjce, przez któréj korek przechodzą 2 rurki szklane, z których jedna sięga prawie dna, druga zaś kończy się tuż pod korkiem. Między niemi umieszczony jest ciepłomierz wchodzący także do wnętrza flaszki. Flaszka ma pojemności 700 cm. sześć. i opatrzona jest podziałką wskazującą każde 100 cm. Przy użyciu tego przyrządu wpychamy przy pomocy kauczukowego balonu powietrze przez rurkę krótszą a powietrze to cisnąc na ciecz odżywczą wypiera ją przez dłuższą rurkę i przy niéj znajdującą się rurkę kauczukową aż do kiszki. Flaszka umieszczoną jest w czasie stósowania przyrządu w naczyniu z wodą ciepłą po nad lampą spirytusową, tak że można dokładnie ciepłotę regulować wysuwając lub téż wsuwając knot. Przyrząd ten okazał się u kilku chorych bardzo praktycznym. (*Gesundheit* 1880, Nr. 3).

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

*) C. k. Namiestnictwo wydało następujący Okólnik do wszystkich pp. c. k. Starostów (do L. 16034).

Ponieważ według sprawozdań c. k. lekarzy powiatowych z dokonanéj podróży peryjodycznéj tylko w niektórych gminach bywa wykonywane tutejsze rozporządzenie z d. 27 maja 1877 r. l. 647, przeto poleca się zawezwać przełożonych gminnych, aby według załączonego wzoru ułożyli spis wszystkich do gminy należących lub w téjże przebywających matołków, obłąkanych, głuchoniemych, ślepych i podrzutków, nieumieszczonych w zakładach publicznych i odpis najdaléj do końca czerwca Starostwu przedłożyli; aby każdą zmianę, tj. ubytek z powodu śmierci lub opuszczenia gminy, jako téż i przybytek nowych w tymże oznaczali i według tego spisu roczne sprawozdania sanitarne przedkładali.

C. k. lekarzowi powiatowemu polecisz pan c. k. Starosta, aby podczas odwiedzin miejscowości tamtejszego powiatu, czyto z powodu podróży peryjodycznéj czy téż i przy innéj sposobności, np. tamże panującéj epidemii, nietylko przekonywali się o wykonaniu tego polecenia, lecz spisy sprawdzali na podstawie zbadania dokładnego osób dotyczących.

Z téj przyczyny mają takowi zawiadomić przełożonych gmin o swym przyjeździe i ich zawezwać, aby wszyscy w spisie wymienieni na oznaczoném miejscu i w podanym czasie w celu rewizyi się zgromadzili.

Odpowiednio do wyniku badania ma lekarz poczynić zmiany tak w spisie pozostającym u przełożonego gminy, jakotéż i w odpisie przedłożonym c. k. Starostwu.

Lwów, dnia 26 marca 1880 r.

W zastępstwie *Zaleski.*

I.

Spis obłąkanych w gminie . . . . .

Imię i nazwisko obłąkanego	Wiek	Rodzaj obłąkania						Uwaga
		Szaleństwo	Zaduma	Pomięszanie umysłu	Niedołęstwo umysłu	Choroba umysłowa z porażenia	Choroba umysłowa połączona z padaczką	

II.

Spis matołków (kretynów) w gminie . . . . .

Imię i nazwisko matołka	Wiek	Matołki				Uwaga
		którzy dają się używać do robót domowych	którzy nie dają się używać do robót domowych	należący do rodzin. w których niema więcéj matołków	Przybyli z innych gmin	

III.

Spis ślepych w gminie . . . . .

Imię i nazwisko osoby ślepotą dotkniętéj	Wiek	Ślepy od urodzenia	Oślepły przez chorobę	Oślepły przez skaleczenie	Uwaga
					np. należy do gminy XX umarł dnia..... opuścił gminę.

IV.

Spis głuchoniemych w gminie . . . . .

Imię i nazwisko głuchoniemego	Wiek	Głuchoniemi		Uwaga
		od urodzenia	nie od urodzenia	np. przybył jako należący do gminy XX. – umarł dnia.... opuścił gminę

V.

Spis podrzutków w gminie . . . . .

Imię i nazwisko	Dzień i rok urodzenia	Umieszczony	Należy do	Uwaga
		w	domu podrzutków	

(*K. G.*) Trzeci międzynarodowy Zjazd higijeniczny (pierwszy odbył się w r. 1876 w Brukselli a drugi w r. 1878 w Paryżu) odbędzie się w roku bieżącym w Turynie. Rozpocznie on się dnia 6 września a dnia 12 września uczestnicy Zjazdu zrobią wycieczkę do Medyjolanu, aby być obecnymi przy doświadczeniach nad paleniem zwłok.

Statystyka epidemij. W tygodniu 12 ospa złagodniała w Londynie. Umarło 11, świeżo zapadło 23, leczyło się w szpitalach 182. W Wiedniu umarło 7, w Tryjeście 2, w Bukareszcie 20, w Barcelonie 5, w Pradze 15, w Petersburgu 10, w Madrycie 25, w Paryżu 66. W Paryżu i Petersburgu durzyca się bardziéj rozszerzyła. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 78, w Petersburgu 58. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 38, z duru osutkowego 64. W Krakowie umarło w tygodniu 13: 4 z ospy, 2 z dławca, 2 z duru brzusznego, 1 z duru osutkowego, 1 z róży i 1 z zimnicy, a doniesiono w tymże czasie o 4 przypadkach ospy (z ul. Łobzowskiéj l. 110, z ul. Straszewskiego l. 12, ze Zwierzyńca i ?); 2 duru osutkowego (z Kieparza i z Czulic); 1 dławca (ze szpitala św. Ludwika).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 12 umarło na 1000 mieszk. i rok w Krakowie 44,1; w Poznaniu 32,4; w Wiedniu 34,6; w Budapeszcie 40,3; w Pradze 43,5; w Tryjeście 36,8; w Berlinie 25,1; w Mnichowie 36,0; w Wrocławiu 34,7; w Dreźnie 28,4; w Lipsku 19,7; w Bazylei 25,5; w Brukseli 21,4; w Paryżu 31,9; w Londynie 20,9; w Kopenhadze 21,9; w Stokholmie 25,5; w Chrystyjanii 21,2; w Petersburgu 56,7; w Rzymie 38,6; w Wenecyi 34,0; w Bukareszcie 49,3; w Madrycie 38,4; w Barcelonie 45,5; w Aleksandryi 38,7; w Bombayu 37,8; w Madrasie 40,4. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 kwietnia. Z prawdziwą przyjemnością zapisujemy wiadomość, że docent prywatny Dr. Jurasz mianowany został nadzw. profesorem w Heidelbergu. Zaszczyt ten, który dostał się w udziale młodemu i pracowitemu naszemu rodakowi, zasługuje tém więcéj na uwagę, że zaledwie parę lat minęło, odkąd Dr. Jurasz habilitował się jako docent prywatny.

* W ostatnim numerze *Wiener med. Bl.* znajdujemy w streszczeniu artykuł kol. Smoleńskiego o inhalacyjach płynów rozpylonych, umieszczony poprzednio w Nrze 5 i 6 naszego tygodnika. Teraz dowiedzą się o téj pracy zapewne i czasopisma lekarskie polskie.

(*K. Gr.*) W Nrze 13 naszego pisma podaliśmy wiadomość o uchwale Towarzystwa lekarskiego warszawskiego dotyczącéj wydania dzieła Oczki o chorobie wenerycznéj ku uczczeniu 300 letniéj rocznicy pojawienia się tego dzieła. Dr. Glück krakowianin zajmuje się już od dłuższego czasu (i dość już daleko w swéj pracy postąpił) skreśleniem komentarza objaśniającego stosunek zapatrywań Oczki do medycyny ówczesnéj a rozpatrując dzieło Oczki ogłosił już w roku zeszłym w wiedeńskiéj *Allgem. med. Zeitung* rozprawę o dziele w mowie będącém. Komentarz, który układa Dr. Glück rzuci światło na wiele ustępów dzieła tak znakomitego i przyczyni się do ich zrozumienia; byłoby więc rzeczą pożądaną, gdyby wyszło wspólnie z zamierzoném wydawnictwem warszawskiém, któreby tylko na tém wiele zyskało.

* Na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 7 bm. odbytém kol. prof. Domański imieniem Komisyi *ad hoc* wyznaczonéj wniósł, aby Towarzystwo do współudziału w przygotowaniach uroczystości jubileuszowéj prezesa Majera wezwało Uniwersytet, Akademiję umiejętn. i Radę miejską, i aby każda z tych instytucyj delegowała po 3ch członków do komitetu. Towarzystwo lek. zgodziło się na ten wniosek i wybrało ze swéj strony jako delegatów koll. Domańskiego, Jordana i Rydla.

Na wniosek téjże Komisyi a względnie prof. Domańskiego Towarzystwo uchwaliło jednomyślnie urządzenie III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1881, celem uświetnienia jubileuszu zasłużonego Prezesa Akademii. Komitet Towarzystwa przedstawi na przyszłém posiedzeniu członków Wydziału gospodarczego

* **Warszawa**. W skład Komisyi delegowanéj z grona Tow. lek. do przejrzenia „Słowniczka wyrazów psychijatrycznych“ wchodzą Drowie: Pląskowski, Rothe, Chomentowski i Łuczkiewicz.

Na wniosek prof. Szokalskiego dzieło Oczki, które w roku przyszłym wyjdzie nakładem Tow. lek. warsz., przypisaném będzie prof. Józefowi Majerowi.

Prof. Kosiński wykonał w d. 22 marca rb. cięcie cesarskie u kobiety po raz 7my rodzącéj; wydobyto dziecko żywe (o matce nie ma wzmianki). (*Kron. Lek.*)

W sobotę d. 3 bm. o godz. 9 rano Dr. Aleksander Kurcjusz, lekarz powszechnie poważany, ordynator w szpitalu św. Rocha, stal się ofiarą zamachu ze strony obywatela, lat 30 kilka liczącego, który wszedłszy do szpitala strzelił do lekarza z rewolweru, ugodził go w skroń, a następnie sam się oddał w ręce sprawiedliwości. Stan ranionego ma być bez nadziei, motywa okropnego czynu dotąd nieznane. (*Kur. warsz.*)

* **Petersburg**. W ostatnich 8 latach promowanych zostało tu 50 kobiet na doktorów medycyny, z których 2 pełnią obowiązki asystentek klinicznych (panna Szumowna u Botkina, a panna Jakowlewa u Eichwalda), panna Susowna ma rozległą praktykę w stolicy, a panna Sieboldtówna przeniosła się do Białogrodu serbskiego, gdzie zamierza założyć szkołę lekarską dla niewiast.

* **Mianowania i odznaczenia**. Docenci pryw. Drowie Jurasz i Schultze zamianowani zostali proff. nadzw. w Heidelbergu. — Dr. Gad habilitował się jako docent pryw. w Würzburgu. — Drowie Labbé i Collin w Paryżu wybrani zostali członkami akademii lek., pierwszy w sekcyi chirurg., ostatni w sekcyi higijeny i medycyny sądowéj. — Oprócz obranego niedawno senatorem prof. Broca, należą do senatu francuskiego i lekarze Robin i Rousset. — Docent Dr. Tobold w Berlinie otrzymał tytuł tajnego radcy sanitarnego.

* **Nekrologija**. We Wiedniu umarł lekarz sądowy i psychijatryk Dr. Henryk Zippe. — W Warszawie umarli Dr. Karol Linhardt lekarz b. wojsk polskich, w 76 roku życia i Dr. Samuel Stanisław Markusfeld, licząc lat 68, krakowianin i uczeń Uniw. Jagiell. — W Padwie umarł Dr. Marzolo prof. chirurgii i rektor Uniwersytetu.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 14: Wisłockiego: Leczenie sztucznêm powietrzem; (c. d.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 8: Krówczyńskiego (we Lwowie): O wycinaniu pierwotnych objawów kiły (dok.) — W *Medycynie* Nr. 14: Kośmińskiego: Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyję, akomodacyję i ostrość widzenia (c. d.); Kahla (w Kielcach) Przepuklina pachwinowa skórna wewn. zaciśnięta.

Redakcyja otrzymała:

Dra M. ZIELENIEWSKIEGO: Illustrowany opis c. k. zakładu zdrojowego w Krynicy. Kraków 1880, in 8vo maj. str. 75.

XV Jahresbericht 1879 über d. Wirksamkeit der Dr. Jany'schen Augenklinik in Breslau. Breslau 1880, in 8vo str. 32.

Dra B. WICHERKIEWICZA: II sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za r. 1879. Poznań 1880, in 8vo str. 31.

Piśmiennictwo lekarskie. Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowna Redakcyjo!

Melius sero, quam nunquam. Nawał pracy i zajęć urzędowych teraz dopiero dozwala mi pospieszyć z prośbą o umieszczenie w łamach „Przeglądu“ krótkiego wyjaśnienia, które żadnéj jednak ujmy nie przyniesie ani autorowi znanemu zaszczytnie na polu naszego piśmiennictwa, ani téż jego świeżéj rozprawie, nader szczegółowo i sumiennie opracowanéj, a traktującéj o „leczeniu wiewióra przewlekłego.“ Kol. Krówczyński mianowicie wspomina w swéj pracy w Przeglądzie Lek. Nr. 2 str. 20, w końcowym ustępie, że „u nas w Polsce, o ile wie, z wyjątkiem prymaryiuszów Chądzyńskiego i Rożańskiego, nie wiele zajmowano się dotąd tym wynalazkiem (tj. Endoskopiją), a przynajmniéj żadnéj pracy nie ogłoszono na têm polu, prócz sprawozdania z rozprawy Grünfelda, ogłoszonego przez Dra Obtułowicza (w Przegl. Lek. 1877 r.).“

Ponieważ zaś przedewszystkiém jest zadaniem zakładów klinicznych i profesorów Uniwersytetu kontrolować postępy nauk lekarskich, sprawdzać doświadczenia i wyrabiać w młodzieży uczącéj się dokładne pojęcia o umiejętnéj wartości najnowszych odkryć i sposobów badania, przeto mógłby śmiało spotkać zarzut klinikę chorób wenerycznych i skórnych w Uniwersytecie Jagiell., że może tam nie zajmowano się w sposób odpowiedni ćwiczeniami w endoskopii, stanowiącéj obecnie przelom tak pod względem dyjagnostyki jak i terapii wiewióra przewlekłego, i zastósowaniem jéj wyników przy łóżku chorego.

Chociaż kol. Krówczyński w swéj rozprawie jest dalekim od uczynienia tego zarzutu, to przecież, celem zaznajomienia kolegów zajmujących się tą kwestyją uważam za mój obowiązek, jako byłego asystenta przy powyżéj wspomnianym zakładzie klinicznym oświadczyć, że od chwili ogłoszenia pracy Grünfelda w r. 1877 zajmował się prof. Rosner bardzo żywo kwestyją endoskopii, a sprowadziwszy cały zasób narzędzi do tego celu służących, wprawiał i swych uczniów do tego rodzaju badań, używając najpierw fantomu, a następnie osób zdrowych i chorych. Wyrazem tego zainteresowania się endoskopiją z naszéj strony było również przedstawienie Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu na posiedzeniu jego odbytém dnia 16 stycznia 1878 r., narzędzi służących do endoskopii, jakotéż krótkie streszczenie początkowych wyników na polu terapii z użyciem endoskopu. (Przegląd Lek. 1878, Nr. 9, str. 112 i Nr. 10 str. 125).

Ponieważ nader mała ilość zgłaszających się odpowiednich przypadków chorobowych do traktowania klinicznego nie dozwoliła w ciągu krótkiego czasu zebrać dostatecznego doświadczenia, tak na polu dyjagnostycznêm jako i terapeutycznêm, przeto kierownik kliniki prof. Rosner nie uważał za rzecz odpowiednią, wyniki nielicznych doświadczeń podać do publicznéj wiadomości, zwłaszcza, że wyniki te dotychczas okazały się mało dodatniemi.

Racz szanowna Redakcyjo przyjąć wyrazy prawdziwego poważania od *Dra Obtułowicza.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę t. j. dnia 14 kwietnia o godzinie 5téj w sali Akademii Umiejętności nadzwyczajne posiedzenie, na którém odczytaném będzie sprawozdanie Komitetu Towarzystwa lekarskiego, dotyczące połączenia obu Towarzystw lekarskich w kraju naszym istniejących.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 17 kwietnia 1880. № 16. Rok XIX.

TREŚĆ: I. SZEPAROWICZ. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj. 5. Kazuistyka chirurgiczna krtani. *c)* Uwagi nad mechaniczném leczeniem cieśni krtaniowéj *(Laryngostenosis)* i kazuistyka. (C. d.). — II. CHADZYŃSKI. O leczeniu niektórych chorób skórnych. (Dok.) — III. *Oceny i sprawozdania*: RHEDER. FRANK. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Posiedzenia towarzystw:* Towarzystwo lekarskie krakowskie. — Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. — V. *Odcinek:* RYDYGIER. List z Berlina. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

(Ciąg dalszy artykułów z r. 1878 i 1879).

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurgicznego we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

(Ciąg dalszy. Przegląd Lekarski 1879 Nr. 1—7 i Nr. 14—16).

c) Uwagi nad mechaniczném leczeniem cieśni krtaniowéj (*Laryngostenosis*) i kazuistyka.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

Oceniając doniosłość metody w innych sprawach zapalnych, a pomijając możliwość powikłania z owrzodzeniami odleżynowemi, któréj jednak przy należytéj ostrożności można zapobiedz, dochodzimy do następujących wniosków:

1) W ostrym obrzęku, występującym przeważnie u osób starszych, można tracheotomiję, a tém bardziéj osławione skaryfikacyje, wykreślić z rzędu wskazań i zastąpić metodą Schrötterowską. Mechaniczny ucisk na obrzękłe fałdy może nawet przyspieszyć wessanie wypociny, i odegrać rolę środka leczniczego nazwanego *„massage“*.

2) Sprawy ostro zapalne z wyjątkiem dławca i błonicy, jako to: ostry nieżyt, zapalenie krtani, zapalenie ochrzęstny, nie stanowią przeciwwskazania przeciw użyciu rurek, a tylko nakazują na podstawie mego doświadczenia wielką baczność, ze względu na możliwe powikłanie z odleżynami; przeciwnie, mierny ucisk wywarty na ściany dotknięte zapaleniem, działa nawet korzystnie na uśmierzenie sprawy zapalnéj, o czém się w moim przypadku (przyp. 15ty) dosadnie przekonałem; bo wszakże i w chirurgii *par excellence* zastosowuje się częstokroć z pomyślnym skutkiem ucisk bądź elastycznemi taśmami, bądź zwyczajnemi, w sprawach zapalnych skóry i jam; gdyby jednak mimo to utworzył się ropień, można rurką Schrötterowską przepęknięcie jego przyspieszyć, podobnie jak w przypadkach ropnego zapalenia gruczołu przyprątnego częstokroć wywołuje się bądź przypadkiem, bądź z umysłu przepęknięcie ropnia do cewki, a tém samém szybsze zakończenie sprawy chorobowéj przez wprowadzenie cewnika. (Socin: *Krankheiten der Prostata. Lehrb. d. Chirurgie, Billroth-Pitha,* str. 22). Obawy zas nie ma jak w dławcu, iżby choroba mogła rozszerzyć się na większą przestrzeń skutkiem podrażnienia przez obce ciało, albowiem te choroby są miejscowemi.

3) W cieśni krtaniowéj ostro występującéj skutkiem porażenia rozwieraczów głośni bądź na podstawie przeziębienia bądź innéj ogólnéj choroby, jako to duru a jeszcze bardziéj błonicy (patrz mój przyp. 16ty), jakoteż częstokroć na tle histeryi (wybitny przykład spostrzegałem na moim oddziale w ubiegłym roku), może *tubage* Schrötterowska zastąpić tracheotomiję. Mój przypadek 16ty poucza o tém dosadnie, a właśnie ten policzam do najświetniejszych w mojéj praktyce w tym dziale chorób, ponieważ tu rurki Schrötterowskie oddały mi tak znakomitą usługę w chwili, kiedy nawet i do tracheotomii pora była już trochę spóźnioną, a następnie dla tego ponieważ obeszło się w tym przypadku bez owego niemiłego powikłania z odleżynami, pomimo, że chory miał rurkę w krtani przez ośm dni ciągle, a przez dalszych 6 dni przez całą noc.

Po tych uwagach pozwolę sobie opisać poszczególne przypadki z mojéj praktyki w téj dziedzinie.

1szy przypadek: Feige Reiter, lat 20, stanu wolnego; opis początku jéj choroby znajduje się u Schröttera (*Beitr. zur Behandl. der Larynxst.* 1876, str. 40) a obraz wziernikowy tamże na tablicy Fig. 5. W r. 1874 wyjęto jéj na klinice prof. Dittla w Wiedniu uklej nosowy przez cięcie nosa; w lutym 1875 r. została przyjętą na klinikę laryngoskopijną prof. Schröttera. Od grudnia 1874 miała chrypkę i duszność z napadami zaduszenia; struny głosowe słabo zaczerwienione, poniżéj tychże dwa szare fałdy naśladujące trzecią parę strun głosowych *(Chorditis vocalis hypertr. inferior.)*, zwężające światło krtani, zwłaszcza, że na nich osiadały strupy z śluzu zasychającego. Kiły nie ma ani śladu. Po bezowocném zastósowywaniu wziewań pary wodnéj wprowadzano jéj cewnik angielski N. 6 na kilka minut codziennie kilka razy. Takie postępowanie z stopniowaniem w skali

cewników zastósowywano aż do d. 19 lipca, to jest do zamknięcia kliniki, i na têm kończy się sprawozdanie Schröttera. Późniéj wykonano jéj w Wiedniu tracheotomię z powodu bardzo znacznego zaduszenia i rozpoczęto znów na klinice Schröttera jego metodą mechaniczne leczenie. Chora jednak nie wytrwała długo w kuracyi; w kwietniu 1876 r. przybyła ona na mój oddział z kaniulą tchawiczą. Obraz wziernikowy jak powyżéj z tą różnicą, że owe fałdy poniżéj strun głosowych, jakkolwiek widoczne, nie są tak wyraźne jak w obrazku wziernikowym w sprawozdaniu Schröttera, a natomiast światło całéj krtani a zatém i powyżéj owych fałdów znacznie zwężone, a drożność głośni tak uszczuplona, że chora nie może nawet 10 minut obejść się bez kaniuli. Natychmiast przystąpiłem do mechanicznego leczenia, a mianowicie za pomocą cewników, gdyż naówczas nie rozporządzałem jeszcze Schrötterowskim przyrządem. Stopniowo przeszedłem całą skalę cewników angielskich począwszy od numeru 6go, wprowadzając je codziennie na godzinę i dłużéj; następnie użyłem rurek połykowych; od najniższego numeru począwszy doszedłem stopniowo aż do Nru 18. Drożność krtani została do tego stopnia przywróconą, że chora w drugiéj połowie maja stanowczo domagała się usunięcia kaniuli. Ponieważ oddychała dość pełnym prądem powietrza w dzień i w nocy przy zatkanéj kaniuli, uczyniłem zadość jéj żądaniu. Rana na szyi wygoiła się a jakkolwiek oddech jéj był cokolwiek stenotyczny, jednak przy ciągłém zastósowywaniu tego samego mechanicznego sposobu leczenia jakoteż przy używaniu pary wodnéj i pomazywaniu krtani słabym roztworem azotanu srebra, chora czuła się zdrową i pełniła służbę dozorczyni szpitalnéj gorliwie i raźno. Już w drugiéj połowie czerwca zaczęła chora coraz bardziéj zaniedbywać się w leczeniu, po tygodniu usuwała się od wprowadzania cewników, przytém pracowała mozolnie, narażała się na przeziębienie, przesiadując długo w kuchni, a ztąd wybiegając na świeże powietrze; skutkiem tego dostawała ona częściéj napadów duszności, które przy użyciu pary wodnéj szybko przemijały. Atoli w dniu 9 lipca o godzinie 7 rano, a zatém w dwa miesiące po usunięciu kaniuli tchawiczéj, w napadzie duszności, którego dostała w kuchni szpitalnéj, umarła mimo szybko wykonanéj tracheotomii. Oględziny pośmiertne wykazały: „*Perichondritis chronica crico-thyreoidea subseq. infiltratione et induratione chron. telae elasticae*, *muscularis et submucosae*; *Catarrhus chron. subsequente subacuto recenti mucosae. Stenosis laryngis consecutiva*; *Hyperaemia et oedema cerebri et pulmonum*; *hyperaemia hepatis et renum*“.

Sądząc w tym przypadku o postępach leczenia nie można wątpić, że przy należytéj wytrwałości choréj można było osiągnąć zupełny skutek, jakkolwiek po bardzo długiém trwaniu leczenia, a têm bardziéj przy użyciu przyrządu Schrötterowskiego; następnie poucza ten przypadek, że podczas leczenia mechanicznego, jeżeli już raz zrobiono tracheotomię, nie należy się przed zupełném ukończeniem leczenia kusić o to lub ulegać w téj mierze życzeniu chorych, ażeby usuwać przedwcześnie kaniulę tchawiczą, albowiem ta jest jedyną i pewną ochroną dla chorych przeciw złym ewentualnościom w ciągu leczenia, a zarazem ośmiela do energiczniejszego postępowania leczniczego. W końcu pozwolę sobie zwrócić uwagę szan. Czytelników na tę okoliczność, że w tym przypadku podstawą obrazu wziernikowego odpowiadającego chorobie „*Chorditis vocalis hypertrophica inferior*“, był przewłoczny naciek ochrzęstny i innych powłok krtani. Zanim obok innych także i ten przypadek zużytkuję w odnośnym kierunku odsyłam szan. Czytelników do rozprawy Dra Matlakowskiego, ordynatora kliniki chir. w Warszawie, która się niedawno temu pojawiła w „Medycynie“ a mianowicie w N. 11 i 12 z r. b. pod tytułem „Dwa przypadki pewnéj postaci przewlekłego zapalenia krtani zwanéj „*Chorditis vocalis hypertrophica inferior*“.

2gi przypadek. Jan Skibiński, służący, lat 26, był leczony na oddz. chorób kiłowych od d. 2 paźdz. do 26 lipca 1876 r. Przeniesiony na mój oddział w dniu 26 lipca przedstawiał następujący obraz wziernikowy: więzadła rzekome i struny głosowe skutkiem byłych wrzodów zniszczone, bez wzajemnego odgraniczenia, stanowią jednę spadzistą powierzchnię; tylko lewa struna głosowa częściowo utrzymana, i tylko ta porusza się podczas wygłaszania: prawéj ani śladu; poniżéj strun głosowych, a mianowicie na wysokości chrząstki pierścieniowatéj, koliste zwężenie widocznie skutkiem zgrubienia powłok téj chrząstki; na wolnych brzegach zwężającego pierścienia strupy i ropiasta powłoka; światło krtani w miejscu zwężenia około 4 linij od przodu ku tyłowi a 3 linij w kierunku poprzecznym; podmiotowe przypady cieśni bardzo znaczne, w pewnych odstępach jeszcze większe, co niewątpliwie było następstwem większéj ilości strupów przyczepionych do pierścienia zwężającego, a chory na mój oddział przeniesiony został li celem wykonania na nim tracheotomii.

W dniu 26/7 wprowadziłem cewnik angielski nr. 6, chory wykrztusił natychmiast grubą błonę ropiastą; wziernikiem skonstatowałem, że owa błona pochodziła z pierścienia zwężającego: odtąd wprowadzałem codziennie cewniki angielskie postępując dość raźno w skali grubości, a późniéj użyłem także rurek połykowych i postąpiłem w skali aż do N. 18; chory trzymał je w początku po 10 minut, późniéj po pół godziny, a nawet przez całę godzinę.

W dniu 2 września: stan znacznie i na korzyść zmieniony: pierścień zwężający bardzo znacznie zmniejszony, a têm samém światło krtani w têm miejscu znacznie rozszerzone; powłoki ropiastéj na nim nie ma; oddech swobodny, prawie niesłyszalny w spokoju. Jakkolwiek do zupełnie prawidłowego stanu jeszcze dużo brakowało, atoli trudno było choremu to wytłumaczyć, albowiem mienił się być już zupełnie zdrowym i stanowczo oparł się dalszemu leczeniu; wypuściłem go więc jako będącego na uleczeniu.

W kilka miesięcy przybył napowrót do szpitala w stanie znacznie pogorszonym i z świeżém zapaleniem krtani, nabytém skutkiem przeziębienia i naówczas wykonałem tracheotomię, a ponieważ przedstawiał przypady nawrotnéj kiły, przeto przesłałem go na oddział chorób kiłowych.

3ci przypadek. Pani Bylina, wdowa, lat około 40, zamieszkała w domu inwalidów.

W roku 1877 byłem kilkakrotnie do niéj wzywany z powodu przypadów znacznéj cieśni krtaniowej; według wywiadów datowała się takowa od 4 lat; przyczyna niewiadoma, przeziębienie przypuszczalne, ogólnéj choroby usposobiającéj nie ma wcale, z wyjątkiem wędrującéj prawéj nerki nie stwierdziłem żadnego zboczenia fizycznego. W krtani przewłoczne zaczerwienienie więzadeł rzekomych; nastrzykanie strun głosowych; poniżéj obu strun głosowych, a najbardziéj poniżéj prawéj wzdłuż całéj jéj długości, gruby fałd, oddzielony słabo zarysowanym rowkiem od struny głosowéj; barwa jego nie różni się od barwy błony śluzowéj, na wolnym jego brzegu strupy; zwężenie głośni znaczne, a chwilowe napady zatrważającéj zadyszki widocznie w związku

z mniejszą lub większą warstwą strupów, dla tego z rana zadyszka zawsze znacznie większa, a zmniejsza się po użyciu pary wodnéj, jednak oddech zawsze stenotyczny; głos dość czysty atoli słabszego natężenia. Oprócz mnie widywał chorą częściéj kolega Mahl i inni. Chora była leczoną za pomocą wdmuchiwań ałunu, pomazywania azotanem srebra, i wziewań pary wodnéj, nie chciała zaś usłuchać mojéj rady, ażeby się poddała leczeniu mechanicznemu; aż pewnego poranku dostała tak silnego napadu zaduszenia, że nawet lekarze, którzy byli na ratunek przywołani, zwątpili już byli o możliwości uratowania życia. W tym samym dniu po napadzie zostałem i ja także przywołany i dopiero naówczas poddała się chora zaproponowanemu mechanicznemu leczeniu. Naówczas miałem wprawdzie przyrząd cynowy Schröttera, atoli nie znałem jeszcze jego rurek. Rozpocząłem więc leczenie od cewników elastycznych a mianowicie od Nru 6go, przeszedłem stopniowo całą skalę cewników, które codziennie na kwadrans i dłużéj zastósowywałem; następnie przystąpiłem do rurek połykowych, i doszedłem do Nr. 18. Chora znosiła postępowanie to z łatwością i uczuła już po dwóch tygodniach znaczną ulgę. Po dłuższém używaniu grubszych numerów rurek połykowych zaczęły ustępować wszelkie cechy oddechu stenotycznego. Po 6cio tygodniowém leczeniu wykazał wziernik zupełnie prawidłowy stan krtani; mowa stała się głośniejszą, jakkolwiek pewien stopień chrypliwości jéj pozostał. Niedawno temu, a zatém w dwa lata po wyleczeniu choréj, badałem ją wziernikiem; stan jéj nie pozostawia nic do życzenia; przedmiotowo przedstawia się stan krtani tak, że zaledwie się chce wierzyć, że poprzedzała 4-letnia choroba, Chora chodzi szybko, pracuje fizycznie dość mozolnie i nie doznaje przy tém żadnych dolegliwości. Kolega M., który ją przedtém leczył, jest świadkiem świetnego wyniku leczenia w tym przypadku. Co do natury choroby nie waham się uważać takową za „*Chorditis voc. hyp. inf.*“ bez *perichondritis* jako podstawy téj choroby według Schröttera.

4ty przypadek. Kinelówna, dziewczynka 4-letnia, córeczka inżynijera drogowego w Żółkwi przebyła szczęśliwie tracheotomiję w r. 1877 wykonaną z powodu dławca przez kol. Muszkieta w Żółkwi. W 8 miesięcy po operacyi nie można było usunąć kaniuli. Wezwany na wspólną naradę zaproponowałem przyżeganie lapisem dość bujnéj ziarniny w przetoce na szyi. Kol. M. wykonywał takowe przez kilka tygodni bez skutku; poczém rodzice przywieźli dziecko do Lwowa. Wziernikiem stwierdziłem ogromny obrzęk i zaczerwienienie więzadeł rzekomych tak, że nie było możliwą rzeczą widzieć wnętrze krtani poniżéj tychże. Drożność = 0, mowa bardzo cicha, zaledwie zrozumiała. Rozpocząłem leczenie od pomazywania wnętrza krtani rozczynem lapisowym (1:30, późniéj silniejszym) w drodze naturalnéj; atoli takie postępowanie nie wystarczało, zacząłem więc obok tego wprowadzać cewniki elastyczne do krtani począwszy od Nru 4 i rzecz dziwna już po kilku numerach drożność zostala przywróconą, a po 4 tygodniach usunąłem kaniulę. Przetoka na szyi wygoiła się zupełnie; dziecko zdrowe do dnia dzisiejszego. W bieżącym roku widziałem chorą; oddech swobodny; głos dość wyraźny atoli chrypliwy. Do tego przypadku zupełnie podobny jest przypadek 10ty, który ze względu na chronologiczny porządek dopiero później opiszę.

5ty przypadek. Józefa Paluch, dziewczyna lat 18, stanu wolnego, przybyła na mój oddział w dniu 14 marca 1878 r. Skutkiem domniemywanego przeziębienia miała chrypkę od 1½ roku a od kilku miesięcy przypady cieśni krtaniowéj i znaczną zadyszkę po natężeniach fizycznych. Obraz wziernikowy: ogólne zaczerwienienie, poniżéj strun głosowych po obu bokach wyrostki w kształcie dwóch fałdów równoległych ze strunami głosowemi; na tych fałdach strupy, głośnia znacznie przez to zwężona, głos słaby i chrypliwy. Poruszenie strun głosowych i ich wzajemne ułożenie prawidłowe; zewnątrz w zakresie krtani żadnéj bolesności. Rozpoznanie: Naciek przewlekło-zapalny prawdopodobnie tylko w błonie śluzowéj i tkance podśluzowéj (*Chorditis vocalis hypertr. inferior*) bez współcierpienia ochrzęstny. Leczenie rozpoczęto od wprowadzenia cewnika elast. Nr. 8. Stopniowo codziennie wprowadzałem coraz grubsze numera, poczém stósowałem przez dłuższy czas rurkę Weinlechnerowską, a w końcu rurki połykowe aż do Nru 18. Posiedzenia trwały od 10 minut do godziny; w ciągu 4 miesięcy nastąpiło podmiotowo i przedmiotowo zupełne wygojenie. W dniu 31/7 stan krtani przy badaniu wziernikowém zupełnie prawidłowy z wyjątkiem nieznacznego nastrzykania strun głosowych; fałdów ani śladu; głos polepszył się znacznie, oddech swobodny nawet przy znaczném fizyczném natężeniu. Chora opuściła szpital zupełnie zdrowa.

Jakkolwiek przypadki te nie były leczone za pomocą przyrządu Schrötterowskiego, wymieniłem je, albowiem stanowią one mimo to ilustracyję mechanicznego sposobu leczenia cieśni krtaniowéj. Wszystkie następne były leczone za pomocą przyrządu Schrötterowskiego, bądź obu jego części składowych bądź tylko za pomocą jednéj z nich. Ażeby zaś ogólne moje uwagi, skreślone w wstępie niniejszéj rozprawki, przykładami objaśnić, pozwolę sobie z przypadków odnośnych więcéj szczegółową zdać sprawę, aniżeli uczyniłem to w powyższych przypadkach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O leczeniu niektórych chorób skórnych.

Odczytano dnia 6 grudnia 1879 r. na posiedzeniu sekcyi lwowskiéj Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Napisał Dr. Jan Chądzyński
prymaryjusz w głównym szpitalu lwowskim.

(Dokończenie. Patrz Nr. 15).

Postacie chorobowe, w których dotąd używałem wymienionych maści, w początkach samoistnie, późniéj zaś z poprzedniém zastósowaniem jednego z rozczynów wyskokowych są następujące (razem w ten sposób leczonych było 59 przypadków): 4 przypadki ostudy *(Pityriasis versicolor)*, 7 przypadków liszaja wyłyszającego *(Herpes tonsurans)*, 1 przypadek liszaja plamistego *(Herpes maculosus)*, 1 przypadek wyprysku (*Eczema*), 4 przypadki liszaja żrącego (*Lupus vulgaris)*, 20 przypadków łuszczycy (*Psoriasis)*, 5 przypadków wysypki kiłowéj guziczkowéj, 1 przypadek trądzika bromowego, 6 przypadków trądzika zwykłego, 3 przypadki piegów, 7 przypadków strupnia woszczynowatego. Znaczna część tychże leczoną była w praktyce prywatnéj. W jednym przypadku piegów u kobiety, mającéj całą twarz żółtemi plamami pokrytą, po 6 razowém bardzo silném nacieraniu rozczynem kwasu salicylowego i użyciu maści z bedźwinianu sodowego, zaczerwienienia skóry nawet śladu nie było, a o pieczeniu również chora nie wspomniała, będąc zadowoloną, że się tak łatwo pozbyła zeszpecenia.

Pomyślne skutki przy użyciu maści chryzofanowéj lub

przyswędko-dębiankowéj na ostudę plec i szyi, na wyprysk rąk i na liszaj wyłyszający, przez poprzednich badaczy osiągnięte, przezemnie również stwierdzonemi zostały, przyczém używałem zawsze rozczynów wyskokowych. Hebra przeciwnie oświadcza w *Wien. med. Presse* Nr. 44, z roku 1879, *„die Application bei diesen Krankheiten förderte die gleichen Uebelstände zu Tage, wie sie bei Psoriasis beobachtet wurden, so sehr, dass die Application in diesen Fällen bald aufgehoben wurde.“*

Dla zmiękczenia grubych warstw woszczynowych, stanowiących nieraz twardą, zbitą skorupę, po dokładném ostrzyżeniu włosów naciera się obficie tranem miejsca dostępne, i zakłada się następnie na głowę czepek ceratowy. Po jednym lub dwóch dniach skorupa woszczynowa zwalnia się już do tego stopnia, że ją można usunąć; wtedy obcina się resztę włosów jak najkróćéj i stosuje się zaraz jeden z rozczynów wyskokowych, a następnie wciera się silnie maść przyswędko-dębiankową lub chryzofanową w stosunku 3:10, jako silniéj działającą. Jeżeli się poświęci nieco więcéj czasu na oczyszczenie głowy ze strupów i łusek i im staranniéj i cierpliwiéj stosuje się jeden z rozczynów wyskokowych a potém jednę z maści, tém krócéj trwa leczenie, tém prędzéj ustępują zmiany chorobowe. Na dokończenie leczenia zmywa się głowę mydłem szarém. Pomimo że Hebra występuje przeciw używaniu maści chryzofanowéj na miejscach włosami pokrytych, ja raz tylko przy użyciu téjże zauważyłem lekkie zaczerwienienie i obrzmienie twarzy, które po bardzo energicznem 4 dniowém nacieraniu się pokazało, a po zastósowaniu zimnych okładów wkrótce ustąpiło. Skóra głowy przedstawia się wtenczas czystą, gładką, miejscami, a zwłaszcza w dołkach woszczynowatych, nieco zaczerwienioną. Włosy pozostają przez jakiś czas nieco suche, kruche i mają lekki połysk fijoletowy. Dla uniknienia zabarwienia włosów lepiéj użyć maści przyswędko-dębiankowéj lub nie barwiącéj wcale z będźwinianu sodowego i chloranu potasowego. Średnia długość trwania leczenia woszczyny wynosiła w 7 w ten sposób leczonych przpadkach dni 10.

Z 4 przypadków liszaja żrącego jeden usadowiony na ręce zasługuje na bliższy opis. Anna D. przyjęta na mój oddział d. 8 listopada 1878 r. podaje, że w rodzinie nikt na podobną chorobę nie cierpiał. Chora ma lat 18; cierpienie rozpoczęło się przed 5 laty. Chora wygląda nędznie, jest skrofuliczną, niedokrewną. Gruczoły karkowe, barkowe i pachowe po stronie lewéj są bardzo silnie obrzękłe, niebolesne. Na policzku prawym znachodzi się guzek wielkości soczewicy, pokryty łuską, z którego przy ucisku ropa się wydziela; na wardze górnéj grupa pęcherzyków *(herpes)*. Na przedramieniu lewém blizna objętości dwóch centów, o brzegach naciekłych; na ręce lewéj po stronie zewnętrznéj blizna rozpoczynająca się przy brzegu palca dużego a sięgająca do 4go palca, otoczona świeżemi guzkami. Guzki te pokryte są łuskami i strupkami, po oddaleniu których spostrzega się powierzchowne owrzodzenia lub jak na wielkim palcu przerosłe brodawki. Blizna ta rozciąga się od stawów palcowo-śródręcznych ku przedramieniu i przekracza staw nadgarstkowy. Po dokładném oczyszczeniu wrzodu i oddzieleniu strupów zastósowano maść chryzofanową. Działanie środka uwidoczniło się najprzód na nacieku przedramienia; mierne zaczerwienienie pozostałe ustępowało przy ucisku palca. Po 41 razowém zastósowaniu maści w przeciągu 46 dni nacieki w zupełności poznikały a pozostała tylko blizna biało-różowa, miękka, podatna. W téj chorobie Hebra szczególniéj podnosi zalety maści przyswędko-dębiankowéj, porównywając działanie jéj z działaniem ciasta arszenikowego *(Pasta Cosmi)* i z całém zaufaniem zaleca ten środek, utrzymując, że nawet blizny przerosłe, obfitujące w tkankę komórkową, powstałe po inném leczeniu, pod wpływem kwasu przyswędko-dębiankowego znacznie cieńczeją. I ja również przyznać muszę, że guzy i nacieki komórkowe, stanowiące istotę choroby liszaja żrącego, przy działaniu kwasu przyswędko-dębiankowego ustępują, przyczém zdrowe części skóry wcale nie cierpią. Co się tyczy bólu, który Hebra zowie *„eminent,“* to przy sposobie użycia maści przezemnie podanym, wcale go nie było. W dwóch przypadkach liszaja przerosłego, z których jeden poprzednio był leczony nakłówaniami i rozczynem półtorachlorku żelaza, potrzeba było do względnego polepszenia dni 20, poczém raz jeszcze w celu zupełnego wyleczenia nakłówania powtórzono. W drugim przypadku liszaja żrącego, umiejscowionego na nosie, u 14 letniéj dziewczynki wystąpiło po 25 razowém użyciu rozczynu kw. salicylowego i maści chryzofanowéj dość silne zaczerwienienie policzków i światłowstręt, co jednak przy zimnych okładach wkrótce ustąpiło. W dalszym ciągu zastąpiono maść chryzofanową maścią z będźwinianu sodowego. Na żądanie matki chora wypuszczoną została ze szpitala po 8 razowém zastósowaniu maści z będźwinianu sodowego z nosem zabliźnionym, aczkolwiek jeszcze nieco obrzękłym. Przypadek ten poucza, że jeżeli powyższy sposób leczenia stosuje się na twarde nacieki liszaja żrącego, to otrzymuje się wyniki ujemne. Fakt ten tłumaczy się krwawieniem, pochodzącém z przerosłych brodawek, przyczém krew spłukuje maść i przeszkadza jéj działaniu. W takich razach przez nakłówanie i użycie półtorachlorku żelaza, aczkolwiek bolesne, lepsze otrzymujemy wyniki.

Chociaż w 5ciu przypadkach kiły guziczkowéj przy użyciu saméj maści chryzofanowéj nacieki twarzy zbladły i wreszcie zupełnie znikły, jednakowoż nie zalecałbym więcéj tego leku dla usuwania zewnętrznych objawów kiły. Gdyby, co mi się nieraz zdarzało widzieć u chorych leczonych i przesyconych lekami rtęciowemi, stan dziąseł i znaczny ślinotok nie dozwalał dalszego użycia leku swoistego, a choroba była zbyt uporczywą, natenczas może użyłbym maści przyswędko-dębiankowéj, jak to z dobrym skutkiem uczynił Hebra w przypadku kiły żrącéj. Pamiętać jednakże należy w takich razach o tém, że wysypka guziczkowa jest objawem cięższéj formy kiły, którą leki swoiste, a mianowicie przetwory rtęciowe i jodowe, ostrożnie zastósowane dość szybko usuwają, podczas gdy podrażnienie skóry środkami ostremi jak kwasem chryzofanowym wywołane, łatwo przyczynić się może do miejscowego, silniejszego wystąpienia nawrotów. I tak: u jednéj z moich chorych przeszły miejsca wysypką guziczkową zajęte, po nacieraniu maścią chryzofanową, w przeciągu niespełna miesiąca po wyjściu ze szpitala w owrzodzenia głęboko drążące, które do zagojenia dłuższego potrzebowały czasu.

Wynik zatém zastósowania powyższych środków można uważać w ogóle za bardzo pomyślny, chyba w przypadkach liszaja przerosłego i trądzika bromowego, w których to formach chorobowych lekowanie powyższe mniéj skuteczném się okazuje.

Recydywy, które stwierdziłem, zwykle nie pojawiały się w miejscach pierwotnie zajętych.

Koszta leczenia, które bezwarunkowo uwzględniać należy, wynoszą według obliczeń aptekarza szpitalnego jak następuje:

Maść z chloranu potasowego (4 na 8 wazeliny) kosztuje 25 ct. Maść z będźwinianu sodowego (4 na 8 wazeliny) kosztuje 44 ct. Maść z kwasu przyswędko-dębiankowego (2 na 8 wazeliny) kosztuje 48 ct. Maść z kwasu chryzofanowego 2) na 8 wazeliny) kosztuje 1 złr. 25 ct. [1]). Rozczyn wyskokowy kw. borowego (5:100) kosztuje 22 ct. Rozczyn wyskokowy kw. salicylowego (6:100) kosztuje 27 ct.

Zastanawiając się nad kosztami leczenia przyznać należy, że oprócz maści chryzofanowéj znacznie droższéj, cena innych środków wcale nie jest wygórowaną. W końcu dodać muszę, że chorzy mogą ambulatoryjnie się leczyć, na co przy każdém leczeniu wielką wagę kłaść należy.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Rheder (w Kielu): **O wynaczynionkach podopłucnowych w śmierci z uduszenia.**

Po historycznym poglądzie na kwestyję wynaczynionek podopłucnowych i mylne zrazu tłumaczenie ich znaczenia (Tardieu), autor wspomina o zapatrywaniach Schwartza i Krahmera, które do niedawna powszechnie były podzielane, a mianowicie wykazał Schwartz, że skutkiem przeszkód w krążeniu łożyskowém dziecko usiłuje oddychać w łonie macierzyńskiém, a ponieważ inspiracyje są płonnemi, więc w skutek rozszerzenia się klatki piersiowéj nastaje większy przypływ krwi do płuc; jeżeli zaś płuca poprzednio już powietrze zawierały, po zamknięciu dróg oddechowych powietrze to w płucach skutkiem płonnych inspiracyj rozrzedza się, powstaje więc ciśnienie ujemne w klatce piersiowéj, a w następstwie onego aspiracyja krwi ku częściom obwodowym płuc i wystąpienie krwi z naczyń. Krahmer powstanie wynaczynionek trafnie porównywał do działania baniek stósowanych na powłokę zewnętrzną, a Casper do działania buta Junoda. Tłumaczenie to zachwiane jednak zostało faktem, że w wielu przypadkach śmierci z uduszenia nie znajdujemy wynaczynionek, pomimo że przystęp powietrza był uniemożebniony a tém samém usiłowane oddychanie musiało być energicznem, podczas gdy naodwrót znajdujemy czasem wynaczynionki, pomimo, że przystęp powietrza nie zupełnie był zatamowany. Jeżeli uwzględnimy, że nadto wynaczynionki zdarzają się i na otrzewnéj i na oponie twardéj mózgowia, to przyznać należy, że teoryja mechaniczna nie jest zdolną zjawiska tego wytłumaczyć w sposób dostateczny.

O wiele więcéj tłumaczy teoryja Traubego, według którego w uduszeniu kwas węglowy we krwi zatrzymany działa trująco wywołując zrazu objawy zadrażnienia, następnie porażenie w pewnych obszarach systemu ośrodków nerwowych, a daléj odziaływa na oddychanie i krążenie krwi, wywołując skutkiem drażnienia ośrodka oddychania znajdującego się w rdzeniu przedłużonym, wszystkie objawy dyspnoetyczne, skutkiem drażnienia zaś ośrodka nn. błędnych i ośrodka naczynioruchowego z jednéj strony zwolnienie tętna, a z drugiéj energiczne skurczenie tętnic, które w gałęziach najdrobniejszych pociąga za sobą zupełne zniknięcie ich światła. Zwężenie tętnic łączy się ze znaczném podwyższeniem ciśnienia krwi, które wywołuje pęknięcie ścian i wylanie krwi do tkanki otaczającéj. Zwiększone to ciśnienie krwi w uduszeniu sprawdzili doświadczalnie Falk i Lukomsky.

Pod względem przebiegu odróżniamy dwa rodzaje uduszenia: uduszenie ostre, jeżeli przystęp powietrza nagle i zupełnie został wstrzymany, i powolniejsze, jeżeli się przystęp powietrza zwolna tamuje. W pierwszym rodzaju Falk i Högyes odróżniają 4 okresy: okres usiłowanego wdychania, okres utrudnionego wydychania, połączony z kurczem mięśni oddechowych i reszty ciała, okres zastoju, kilka sekund trwający, i okres oddechów krańcowych z czynnym wdechem i biernym wydechem. Na okres drugi przypada zadrażnienie ośrodka naczynioruchowego a tém samém podwyższenie ciśnienia tętniczego, które znów pociąga ze sobą wynaczynienie. Im dłużéj okres ten trwa, tém bardziéj spodziewać się można wynaczynionek.

O słuszności tych zapatrywań przekonał się R. na podstawie doświadczeń zrobionych przez siebie na 15tu psach, które dusił w rozmaity sposób, i ostatecznie dochodzi do następujących wniosków:

Wynaczynionki podopłucnowe są wynikiem pęknięcia naczyń, powstałego skutkiem podwyższonego ciśnienia krwi.

Podwyższenie ciśnienia jest następstwem zadrażnienia ośrodka naczynioruchewego, które to zadrażnienie pociąga za sobą zwężenie tętnic.

Jeżeli drażnienie trwa nieco dłużéj, zanim przechodzi w porażenie, a więc we wszystkich przypadkach powolnego tamowania sprawy oddychania, znajdujemy wynaczynionki podopłucnowe. Nie powstają one jednak, jeżeli ośrodek naczynioruchowy szybko ulega porażeniu (np. przy strangulacyi).

Jeżeli zaś pomimo szybkiego przebiegu uduszenia wynaczynionki występują, wtedy pozostają one w ścisłym związku z drgawkami, które jednak nie wywołują aspiracyi krwi ku obwodowi klatki piersiowéj, jak to utrzymywał Krahmer; wynaczynionki i tu są następstwem podwyższonego ciśnienia, które przez zwężenie naczyń obwodowych wywołuje pęknięcie takowych. *(Viertelj. f. ger. Med.* 1880, 2 Hft, p. 236—258). *L. B.*

Brom jako środek odwietrzający.

Na posiedzeniu sekcyi higijenicznéj zjazdu przyrodników i lekarzy niemieckich w Baden-Baden w r. 1879 miał Dr. Frank z Charlottenburga wykład o nowéj metodzie odtwietrzania za pomocą bromu. Mówiąc o środkach odwietrzających w ogólności podzielił je na dwa działy stósownie do celu, jaki osiągamy: na niszczące organiczne zarodki, np. kw. karbolowy itd. i na sprawiające rozkłady chemiczne. Do ostatnich zaliczyć wypada kwas siarkawy i chlor, do którego i dziś najwięcéj jeszcze mamy zaufania, mimo że jest najdawniejszym ze środków odwietrzających, bo wzmiankę o używaniu go w celach odwietrzania znajdujemy już w Odyssei. Odwietrzenie większych przestrzeni za pomocą chloru lub kwasu siarkawego połączone jest jednakże z wielu trudnościami i nieprzyjemnościami, dla tego zastósowywanie innego środka odwietrzającego byłoby pożądane i z tego to powodu Dr. F. zwraca uwagę na brom. Aczkolwiek stósowano go już w r. 1870 w Heidelbergu z pomyślnym skutkiem, nie znalazł środek ten szerszego rozpowszechnienia dla wysokiéj ceny. W ostatnich czasach poczęto brom otrzymywać z ługu stassfurckiego, co wpłynęło tak znacznie na zniżenie jego ceny, że gdy dawniéj kilogram kosztował 30 marek, to obecnie można go mieć za $1\frac{1}{2}$—2 marek. Dla che-

---

[1]) Każda z tych maści z tą samą ilością tłuszczu zwykłego w miejsce wazeliny wypada o 6 cent. taniéj.

micznych własności, mianowicie: że jest ciekłym, ma niski stopień wrzenia (40°), wysoki ciężar gatunkowy (3) i znaczny ciężar pary, która jest 6 razy cięższa niż powietrze, brom szczególniéj nadaje się w celach odwietrzania. Małe ilości bromu z góry spuszczone bardzo łatwo się rozchodzą, a gdy brom posiada wielką skłonność skraplania się, przeto jest bardzo odpowiednim środkiem do odwietrzania istót porowatych, zwłaszcza szmat, wełny, włosia, poduszek itd. Można go téż zastósować do odwietrzania żywych zwierząt i ludzi (lekarzy), a nawet dla nieszkodliwości w tym celu polecać. Dr. F. czynił porównawcze próby w szpitalach, stajniach i owczarniach i przekonał się wielokrotnie, iż brom mniéj drażni narządy powonienia, smaku oraz drogi oddechowe aniżeli chlor. Jako gaz trudniéj chlor w większych ilościach w razie potrzeby otrzymać, a chlorek wapna, którym się zamiast chloru posługujemy, rozkłada się szybko i trudno téż dobroć jego skontrolować. Brom natomiast w stanie chemicznie czystym nie ulega rozkładowi, nie tak łatwo go sfałszować i co na szczególną zasługuje uwagę, daje się łatwo zastósować.

Do odwietrzania używamy flaszki o szerokiéj szyjce, którą napełnia się kawałkami ziemi wymoczkowéj (t. zw. *Kieselguhr*) napojonéj 10 grm. bromu. Przez korek kauczukowy téj flaszki przechodzą 2 rurki szklane. Otwór górny krótszéj rury zamyka zatyczka lub kurek, gdy rura dłuższa jest ku dołowi zakrzywioną i może jeszcze być połączoną z rurką kauczukową dowolnéj długości. Za otwarciem rury krótszéj wychodzi para bromu przez rurę dłuższą i rozchodzi się w przestrzeni, którą odwietrzać zamierzamy. Próby przekonały, że do odwietrzania przestrzeni 240 m. sześć. pojemności wystarcza 10 gr. bromu (wartości 6 fenigów) na dni 14.

Zasługuje téż i to na uwagę, że łatwo działanie opisanego przyrządu skontrolować, bo ziemia wymoczkowa po zużyciu bromu staje się znów napowrót białą, jaką była przed napojeniem bromem.

W rozprawach, jakie się nad wykladem Dr. F. toczyły, zwrócono uwagę, że przedewszystkiém należy stwierdzić skuteczność proponowanego środka, co dotąd nie nastąpiło. Dr. Krieger podniósł, iż mimo, że używa bromu z wodą i jodkiem potasu, przecież zauważył, iż brom drażni drogi oddechowe. W odpowiedzi Dr. Frank odnosił spostrzeżenia Dr. Kriegera do idyjosynkrazy, jaką niektóre osoby w obec bromu okazują. (*Vierteljahrschrift für oeff. Gesundheitspflege.* 1880. Zeszyt II). *K. Gr.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Panfiloff poleca ponownie dawniéj już zachwalany, a następnie zupełnie zapomniany, olejek terpentynowy jako środek przeciwczerwiowy u dzieci. U dziecka 2-letniego odszedł tasiemiec (*t. mediocanellata*), gdy z przyczyny napadu dławcowego zastósowano wziewania olejku terpentynowego. W drugim przypadku podano dziecku 3-letniemu po obiedzie 6 kropel ol. terpent. w łyżeczce kawy, nazajutrz rano dawkę tę powtórzono a w godzinę potém podano lek przeczyszczający. W 2 godziny późniéj pokazał się w odbycinach cały tasiemiec. O przypadach ujemnych P. nic nie wspomina. (*Budap. med. chir. Cbt.*).

ss) Przeciw nawykowemu zaparciu stolca podają w nowszym czasie lekarze amerykańscy z dobrym skutkiem płynny wyciąg leku *Cascara sagrada (rhamnus Purshiana)*. Polecają następujący przepis: Rp. *Extr. fluidi cascarae sagr., syrupi s. āā 20·0 extr. malti. 40·0 MDS.* Po łyżeczce przed jedzeniem. (*New. Prepar.* 1879).

ss) Vidal (*Gaz. hebdom.* 1880 N. 7) osiągnął po wstrzykiwaniach ergotynu w krótkim czasie znakomite skutki u trzech chorych dotkniętych opadnięciem rzyci (*prolapsus ani*). Z roztworu złożonego z 1 cz. ergotynu Bonjeana i 5 cz. wody wawrzynowisniowéj wstrzykuje się co 2—3 dni 15 — 20 kropel w ten sposób, że strzykawkę Pravaza wkłuwa się w odległości 5 mm. od otworu stolcowego w kierunku zwieracza odbytnicy albo téż, jeżeli istnieją, w same guzy krwawnicowe. Po zastrzyknięciu powstaje dość silny, palący ból, kilkogodzinne parcie a czasem i kurcz szyjki męcherza *resp.* zatrzymanie moczu. Zapalenia, ropni lub objawów zatrucia V. nie postrzegał.

ss) Zestawiamy kilka wyjątków o wpływie wielkiego zimna na przebieg chorób. D. Desprès (*Gaz. des hôp. 7 et 12 fevr. 1880)* przytacza postrzeżenia swe nad wpływem tegorocznych mrozów na chorych chirurgicznych leczonych w jego szpitalu. W miarę wzmagającego się zimna ropienie ran stawało się obfitszém, przy czém jednak ziarnina nie bujała tak znacznie. Różne postacie zapalenia potęgowały się bardzo, np. zapalenia okostny po próchnieniu zębów. Młode, świeże blizny podlegały pod wpływem mrozów rozpadowi i zgorzeli, w ranach poamputacyjnych powstawały często rozlane zapalenia okostny, zgorzel i posocznica, tak, że D. w czasie wielkich mrozów nie zwykł wykonywać amputacyj nawet przy odmrożeniach, jeżeli to nie jest koniecznėm. Natomiast zapobiegają zdaniem Desprès a wielkie mrozy dwom niebezpiecznym powikłaniom: tężcowi i zgorzeli szpitalnéj, z czego wnosi, że komplikacyje te są następstwem gwałtownych skoków ciepłoty. Dr. Bertillon ogłasza (tamże, 21 *Febr*,) daty statystyczne, dotyczące stanu zdrowia mieszkańców Paryża podczas wielkich mrozów. Prócz zwykłych przypadków odzięblenia członków nie wywołały mrozy żadnych innych chorób ani w ubogich mieszkaniach gromadnych, ani w szpitalach. Błonica zmniejszyła się w listopadzie a wzmogła się znów w grudniu; przypadki duru stały się rzadszemi, śmiertelność zaś między suchotnikami i starcami wzrosła. Największą śmiertelność postrzegano w styczniu, po ospie 280, błonicy 164, durze 89. Jaki jest związek pomiędzy zimnem a wzmaganiem się powyższych chorób, dotąd nie wykazano; być może, że nie bez znaczenia jest tu życie więcéj skupione i gromadne podczas silnych mrozów. Dr. Gałęzowski nareszcie podaje w *Rec. d'ophthalmol.* (1880 luty) uwagi nad wpływem wielkiego zimna na choroby oczne. Jako zależące od zadziałania zimna uważa: owrzodzenia i neurozy rogówki, *neuritis suborbitalis*, upośledzenie wzroku u pijaków i raz *periostitis intraorbitalis.* Nerwy rogówki, liczne i ułożone powierzchownie, wystawione są w pierwszym rzędzie na wpływ zimna, skutkiem czego rozwija się ograniczona zgorzel. W takich razach powstaje w środku rogówki wrzód rozległy, powierzchowny, o dnie czystém, brzegach stromych, nie bardzo wrażliwy za dotknięciem. Oko rychło się zaczerwienia, powstaje zapalenie tęczówki i zbiera się ropa w przodkowéj komórce. W lżejszych przypadkach oddawały Gałęzowskiemu dobre usługi ciepłe okłady i atropin naprzemian z ezerynem; w cięźkich przypadkach stósował pijawki, przy silném przekrwieniu oka i gwałtownych bólach podawał chinin, w jednym przypadku trzeba było zrobić rozległe przecięcie rogówki.

ss) Polecone przez Martina z Bostonu leczenie przewlekłych wrzodów na podudziach przez metodyczne zawijania podudź opaskami z czystego kauczuku zachwala również i Bruns (*Würt. med. Corr.* t. 49, N. 27). Opaski Martinowskie odzna-

czają się przedewszystkiém znakomitym materyjałem. Zakładają się z rana bezpośrednio na skórę i wrzody w zwykły sposób od stopy aż do kolana, nie wywierając nadmiernego ucisku. Wieczorem opaskę się zdejmuje i pierze, a wrzody pokrywa zwykłą opaską ochronną. Tym sposobem, mającym tę wielką zaletę, że chorzy mogą podczas leczenia chodzić i biegać, Martin wyleczył wszystkie przypadki wrzodów odnóg dolnych, około 700. Również i Bruns widział po takim opatrunku znakomite skutki nawet przy wrzodach nader uporczywych i rozległych. W krótkim czasie rozwija się bujna ziarnina, modzelowate brzegi nikną a nawet zdaje się, że właśnie wrzody otoczone brzegami naciekłemi i modzelowatemi nadają się najlepiéj do tego sposobu leczenia. Oryginalne opaski Martina są nadzwyczajnie trwałe i mogą służyć przez kilka lat.

ss) Już dawniéj zwracał Dr. Engesser uwagę na wysoką wartość trzustki jako środka dyjetetycznego. Wracając obecnie (*Arch. f. kl. Med.*) do tego przedmiotu, namienia, że podawanie na wewnątrz czystego zaczynu trzustkowego nie może być odpowiedniém, gdyż takowy według Kühnego w żołądku traci swe własności pod wpływem pepsynu. Aby temu zapobiedz radzi podawać sam miąższ trzustki, przyrządzony w sposób następujący: Trzustkę drobno pokrajaną odparowuje się w próżni przy 40·0°C do konsystencyi wyciągu, moczy przez 48 godzin w czystym wyskoku, który się następnie odparowuje. W ten sposób otrzymuje się proszek jasnobrunatny, który można wygodnie podawać w opłatkach. Przetwór ten E. stosuje po 8·0 do 9·0 grm. podczas jedzenia. Według dotychczasowych doświadczeń E. środek ten ma być pożytecznym: w przypadkach zmian chorobowych saméj trzustki, niestrawności z nadmierném wytwarzaniem się kwasów, rozstrzeni żołądkowéj i t. zw. *dyspepsia atonica.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VII z dnia 6 kwietnia 1880.

Przewodniczący Dr. Warschauer. Obecnych członków 19. Jako gość Dr. Kopff oraz członkowie korespondenci: Dr. Ulanowski i Dr. Długołęcki.

1) Przewodniczący zawiadamia, iż wskutek życzenia protomedyka Dra Biesiadeckiego usuwa z porządku dziennego dzisiejszego posiedzenia sprawę połączenia Towarzystwa z Towarzystwem lekarzy galicyjskich a sprawa ta rozbieraną będzie na posiedzeniu nadzwyczajném w dniu 14 bm., na które Dr. Biesiadecki ma przybyć.

2) Kol. Glück zwracając uwagę na to, iż protokóły posiedzeń Towarzystwa bywają w Przeglądzie Lekarskim pobieżnie i niedokładnie ogłaszane, wnosi: Prezydyjum Towarzystwa zarządzi, aby sprawozdania te nadal były obszerniejsze i więcéj treściwe. Po dyskusyi nad tym przedmiotem, w któréj brali udział koledzy prof. Dr. Janikowski i Dr. Sciborowski, uchwalono na wniosek kol. Zarewicza poparty przez Dra Oettingera cofnąć dawniejszą uchwałę Tow., aby protokóły nie były odczytywanemi na posiedzeniach i nadal na początku każdego posiedzenia odczytywać protokół posiedzenia poprzedniego.

3) Wybrano członkiem czynnym Towarzystwa Dra Leona Kopffa, a członkiem korespondentem Dra Gabryjela Sysaka w Zebrzydowicach.

4) Kol. prof. Domański jako sprawozdawca komisyi wybranéj w celu obmyślenia sposobu uczczenia 50-letniego jubileuszu doktorskiego profesora i prezesa Dra Józefa Majera przedłożył następujące wnioski téj Komisyi:

1. Towarzystwo lekarskie krakowskie biorąc inicyjatywę w téj sprawie porucza swojemu komitetowi porozumieć się z Akademiją Umiejętności, Uniwersytetem i Radą miasta Krakowa celem zawiązania komitetu głównego, któryby urządzenie obchodu tego jubileuszu przeprowadził. 2. Komitet ten powinienby się składać z delegatów po trzech z każdéj instytucyi powyżéj wymienionéj i Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. 3. Towarzystwo lek. krak. wybierze już na dzisiejszém posiedzeniu delegatów do wymienionego komitetu głównego. 4. Towarzystwo lek. krak. uważałoby za najodpowiedniejszy sposób uczczenia 50-letnich naukowych i obywatelskich zasług Jubilata wybicie i ofiarowanie mu medalu złotego z popiersiem i odpowiednim napisem.

Wniosek Komisyi przyjęto w całości i jednomyślnie, a do Komitetu wybrano w myśl punktu 3go kol. prof. Rydla, Domańskiego i Jordana.

5) Kol. prof. Domański uczynił następujący wniosek: Zważywszy, że kol. Janikowski sprawę urządzenia IIIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie Towarzystwu lekarskiemu przekazał, że ostatni Zjazd odbył się przed 5ma laty, że nakoniec nie ma w téj chwili żadnéj głównéj przeszkody dla Zjazdu, Tow. lek. krak. uchwali: urządzić 3ci Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1881 i wtym celu wydeleguje osobną komisyję z kol. Janikowskiego i z 4 członków czynnych Tow. lek. krak. złożoną, polecając jéj energiczne zajęcie się krokami przygotowawczemi.

W dyskusyi nad tym wnioskiem kol. prof. Blumenstok oświadczając się przeciw wnioskowi kol. Domańskiego wnosił wybór komisyi, która miałaby się zastanowić, czy Zjazd jest możebnym. Po przemówieniach za wnioskiem kol. prof. Dra Rydla, Dra Oettingera, Dra Długołęckiego oraz wnioskodawcy, kol. Blumenstok cofnął swój wniosek, a wniosek kol. Domańskiego przyjęty został jednomyślnie. Zarazem poruczono komitetowi Towarzystwa lek. przedstawić na najbliższém posiedzeniu kandydatów na 4 członków komisyi, mającéj się zająć krokami przygotowawczemi Zjazdu w myśl wniosku Dra Domańskiego.

6) Kol. Kohn odczytał: Przyczynek kazuistyczny do drenowania macicy u choréj po porodzie. (Odczyt ten będzie umieszczonym w Przeglądzie Lek.).

W dyskusyi zabierali głos: kol. Jordan, który popiera miejscowe leczenie gorączki połogowéj jako najracyjonalniejsze a zastanawiając się nad tém, co właściwie pomaga przy drenowaniu, czy przestrzykiwanie macicy kw. karbolowym lub téż ułatwienie odpływu istót rozkładowych i gnilnych, przychodzi do przekonania, że daleko ważniejszym czynnikiem jest samo ułatwienie odpływu oraz utrzymanie czystości i popiera to przypadkiem Langenbucha tudzież przypadkami z własnéj praktyki, w których po ułatwieniu odpływu odchodów za pomocą kanki macicznéj gorączka na drugi dzień znacznie opadła. Nie jest za wstrzykiwaniem do macicy kwasu karbolowego, bo ten często sprowadza nieprzyjemne następstwa a w praktyce swojéj używa kwasu salicylowego, po którym bardzo dobre miał wyniki. Kol. Warschauer sądzi, że utrzymanie czystości jest najważniejszym czynnikiem tak w sprawach połogowych jak i w chirurgii, a nawet w całéj oprawie Listerowskiéj, która już dziś ma swoich przeciwników jako zbyteczna. Kol. Obaliński radzi przytwierdzić do poprzecznéj beleczki drenu przedstawionego przez kol. Kohna drugi dren podłużny, tak aby woda wstrzyknięta przez jeden dren mogła swobodnie odpływać przez drugi. Nie zgadza się z zapatrywaniem kol. Warschauera co do oprawy Listerowskiéj, która już z tego względu nader korzystnie działa, że każdy chirurg uważa sobie za modłę trzymać jéj się ściśle, przez co mimowoli zachowuje bezwzględną czystość, co się zaś tyczy drenowania macicy sądzi, tak jak kol. Jordan, że ułatwienie odpływu istót rozkładowych ważniejszym jest czynnikiem niż przestrzykiwanie, albowiem według doświadczeń Neubera można w praktyce chirurg. rany pooperacyjne nawet przez miesiąc nie opatrywać, jeżeli tylko ułatwi się odpływ ropy za pomocą drenów z kości odwapnionéj. Kol. prof. Domański przyznaje oprawie Listerowskiéj jako działającéj przeciwgnilnie wielką wartość, tudzież zapytuje prelegenta, jakie jest dzisiejsze zapatrywanie ginekologów na gorączkę połogową; jeżeli ostatnia jest chorobą infekcyjną, natenczas o wiele skuteczniejszém być musi drenowanie macicy przy użyciu kwasu karbolowego. Kol. Wilkosz przypuszcza, że każdorazowe podniesienie się gorączki w przypadku prelegenta może było połączone z zaczopowaniem się drenu, w skutek czego odpływ odchodów był utrudniony, płyn zaś wstrzy-

kiwany nie dochodził do macicy, tém bardziéj, że trudno jest ocenić prawdziwą ilość odchodów. Kol. Wiszniewski podnosi dobry skutek drenowania macicy jeszcze z tego względu, że dren, jako ciało obce, drażniąc macicę pobudza ją do kurczenia, a tém samém i do wydalenia odchodów.

Prelegent w odpowiedzi kol. Jordanowi namienia, że wyrobił sobie na podstawie swoich spostrzeżeń przekonanie, że właśnie przestrzykiwanie jest skuteczniejsze niż samo drenowanie, zresztą nie kwas karbolowy działa tu specyficznie lecz nawet czysta woda, jeżeli tylko dobrze będzie spłukiwać wnętrze macicy, ten sam wywrze skutek. Co do modyfikacyi drenu przez kol. Obalińskiego proponowanéj przyznaje jéj wszelką racyję, sam jednak próbował różnych rurek i przekonał się, że jeden dren wystarczy, albowiem i obok drenu dostateczna ilość odchodów odpływa. Kol. Domańskiemu odpowiada, że gorączka połogowa nie ma specyjalnego przyrzutu, lecz jest chorobą gnilną.

Dr. Wasylewski.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie III z dnia 25 lutego 1880.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 10.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia

1. Przewodniczący przedłożył następującą odezwę, mającą być stósownie do uchwały Komisyi balneologicznéj z dnia 6 lutego b. r. rozesłaną do zarządów wszystkich zakładów zdrojowych w kraju naszym istniejących:

„Do Szanownego Zarządu Zakładu w...

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krakowskiego, któréj zadaniem jest obok naukowego badania wód lekarskich, ich działania i skutków, także popieranie rozwoju i wznoszenia się naszych zakładów zdrojowych i klimatycznych, ma zamiar ogłaszać corocznie pogląd na ruch i postęp w zdrojowiskach i zakładach klimatyczno-leczniczych, jak to już miało miejsce za czasów istnienia Komisyi balneologicznéj w b. Tow. naukowém krakowskiém od r. 1859—1870.

Dla dopełnienia tego celu potrzeba pewnych dat, których tylko zarządy zakładów tego rodzaju mogą dostarczyć.

Z tego powodu Komisyja uprasza szan. Zarząd o nadesłanie odpowiedzi na następujące pytania.

1. Czas trwania pory zdrojowéj (dzień otwarcia i zamknięcia zakładu).
2. Dzień, w którym przybył do zakładu pierwszy gość w r. z.
3. Dzień, kiedy odjechał ostatni gość z zakładu w r. z.
4. Liczba drużyn (partyj) lub rodzin, jaka była w zakładzie w r. z.
5. Liczba osób płci mękziéj, żeńskiéj i dzieci do lat 14.
6. Liczba osób bawiących w zakładzie z po za granic Galicyi.
7. Ile udzielono kąpieli i jakich.
8. Ile rozesłano flaszek wody i dokąd.
9. Ile rozesłano ługu, mułu, soli, kołaczyków itd. z wody otrzymanych.
10. Ile spotrzebowano w miejscu wód lekarskich sprowadzonych i jakich.
11. Ile spotrzebowano w celach leczniczych mleka i jakiego, tudzież serwatki, żentycy, kumysu.
12. Wyszczególnienie lekarzy praktykujących w zdrojowisku.
13. Czy jest apteka i jaka?
14. Ile jest restauracyj i jakie?
15. Ile jest domów i pokoi w tychże, służących do zajęcia przez gości w porze letniéj do zakładu przybywających.

Odpowiedź na powyższe pytania, która w krótkości ma być na niniejszym blankiecie po każdém zapytaniu dopisaną, raczy szan. Zarząd w jak najkrótszym czasie nadesłać Komisyi w kopercie pod adresem Dra Stanisława Smoleńskiego, asystenta Zakładu fizyjologicznego Uniw. Jagiell. w Krakowie przy ulicy św. Anny l. 193.

Obok tego pożądanemi bardzo byłyby ze strony szan. Zarządu:

1. Wykaz ulepszeń w roku ubiegłym dokonanych.
2. Wykaz zmian i ulepszeń najwięcéj pożądanych.
3. Wykaz pism i artykułów w ciągu ubiegłego roku o zakładzie ogłoszonych.
4. Spostrzeżenia meteorologiczne (jeżeli były robione).
5. Porównanie statystyczne z rokiem poprzednim.

Ze strony pp. lekarzy ordynujących w zdrojowiskach pożądanemi są sprawozdania obejmujące:

1. Wykaz liczebny właściwych gości zdrojowych leczących się, według płci i wieku.
2. Rozpoznanie i zestawienie liczebne chorób leczonych w Zakładzie, wraz z wynikiem leczenia.
3. Wyszczególnienie sposobów używania wód lekarskich w różnych chorobach, tak wewnętrznie jak i zewnętrznie.
4. Jakie podług poczynionych spostrzeżeń okazały się wskazania i przeciwwskazania do użycia wody lekarskiéj.
5. Treściwe skreślenie chorób przeważnie leczonych w zdrojowisku.
6. Kazuistyka ważniejszych chorób.
7. Ogólne uwagi co do chorób, ich przebiegu i leczenia.

Sprawozdania tego rodzaju obszerniejsze mogą być osobno później nadesłanemi pod wyżéj podanym adresem Dra Smoleńskiego.

Odezwę powyższą opracowaną przez Przewodniczącego po krótkiéj dyskusyi przyjęto.

2. Ponieważ Doc. Dr. Pareński obowiązków Zastępcy Przewodniczącego Komisyi baln. nie przyjął, w jego miejsce wybrano Dr. Henryka Jordana.

3. Kol. Dr. Skórczewski odczytał dalszą część swéj dyjetetyki zdrojowéj mianowicie: O środkach leczniczych używanych w zdrojowiskach.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Sekr. Dr. *Smoleński.*

V. List z Berlina.

Berlin d. 7 kwietnia 1880 r.

IX Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie zagaił Langenbeck o g. $12^1/_2$ w poł. krótkim poglądem na rok ubiegły: Umarło 4 członków, przystąpiło nowych 7. tak, że obecnie towarzystwo liczy 268 członków. Przystąpiono do wyboru przewodniczącego i na wniosek Koeniga wybrano na nowo Langenbecka. Przez aklamacyję wybrano także nowych członków do Zarządu i sprawdzenia kasy.

Następnie zdał sprawę Küstner (z Berlina) z przyjętéj na przeszłym Zjeździe pracy zestawienia guzów sutkowych; atoli tylko 11 prac otrzymał, materyjał tak mały, że nie można statystyki z niego ułożyć. Z tego wnioskuje K., że przeszłoroczne przyjęcie wniosku Billrotha, a odrzucenie wypracowanego przez komisyję szematu, uczyniło kolegów obojętnymi; proponuje więc, żeby ów szemat teraz przyjąć; uważa bowiem za obowiązek honorowy, żeby nad kwestyją tyle razy poruszaną na zjazdach nie przejść do porządku dziennego, gdyż świat naukowy zaciekawiony słusznie wyczekuje orzeczenia chirurgów niemieckich w téj tak ważnéj sprawie.

Langenbeck oświadcza się za tém, aby wniosek Küstnera poddać pod rozwagę Zarządu, gdyż obawia się, czy teraz po ogłoszeniu kilku ważnych prac ze strony niektórych członków towarzystwa, kwestyja guzów zdoła jeszcze zainteresować ogół do tego stopnia, żeby dostateczny udział wzięto w pracy.

Następuje rozprawa Koeniga (z Gietyngi). o wynikach wypiłowań stawów gruźliczych przy leczeniu przeciwgnilném. Od czasu, kiedy sposób przeciwgnilny zmniejszył niebezpieczeństwo wypiłowań, daléj

kiedy poznawszy w dawniejszym guzie białym (*Gelenkfungus*) miejscową gruźlicę zabrano się do energiczniejszego leczenia, wypiłowanie zyskało coraz więcéj zwolenników. Niestety, powiada Koenig, wyniki, jakie po $5\frac{1}{2}$ latach otrzymał, nie są zbyt zachęcającemi do dalszego postępowania na téj drodze. Z 117 wypiłowań wykonanych w tym czasie 74 zaliczyć może do wyleczonych, 18 niewyleczonych resp. następną amputacyją wyleczonych, a 25 umarło. Zwraca się przedewszystkiém przeciwko lekkomyślnemu używaniu frazesu, „wypiłowanie zagoiło się po 8 lub 14 dniach *per primam*", jak to często miał sposobność czytać w sprawozdaniach. Zlepienie pierwotne rany nie stanowi dla niego wcale ważnego jakiegoś wyniku leczniczego, bo bardzo często niedługo potém na nowo zaczyna wyrastać ziarnina gruźlicza. Podobne orzeczenia ładnie brzmią dla statystyki operatora, ale dla chorego nic nie znaczą. Zdaniem wykładającego wyleczenie dopiero nastąpiło od czasu, gdy chory zaczyna używać odnogi wypiłowanéj. Gdyby i on za przykładem innych w 4 tygodniu ułożył swą statystykę, byłby z pewnością świetniejszemi mógł się poszczycić wynikami. Przypomina sobie atoli przypadki, gdzie w 5 tygodniu chory w oprawie gipsowéj się przechodził, wszystko wybornie było zagojone, w 7 tygodniu rany sie poodnawiały, a w 10 tygodniu chory już nie żył; wprawdzie nie zawsze, a nawet nie często tak bywało. Prawdziwie pierwotne wyzdrowienie zauważał w 4 tylko przypadkach; niektórych operowanych dopiero po 2ch latach mógł uznać za wyleczonych. Większość (34 z 66 przypadków) dopiero po $\frac{1}{2}$ roku, a reszta jeszcze późniéj się wyleczyła. Nie zawsze więc po operacyi tak szybko wyleczenie następuje, jak w nowszym czasie ogólnie się łudzono. Z 18 nie wyleczonych po wypiłowaniu 14 następnie amputował (z tych 13 wyzdrowiało, a 1 umarł na posocznicę), a 4 z wyraźną gruźlicą zaniechało leczenia. Jeszcze gorzéj rzecz się przedstawia, jeżeli do powyższych wyników doliczy się 25 przypadków śmierci. Z tych 2 umarło z tężca, 3 z posocznicy, 2 z ostrego zakażenia karbolowego a 18 z ogólnéj gruźlicy. A więc na 117 wypiłowań po $4\frac{1}{2}$ roku obserwacyi 21,6% umarło albo wyszło z ogólną gruźlicą, tak że wkrótce umrzeć muszą. Podług zestawienia Billrotha po 16 latach umarło 27% nieoperowanych na gruźlicę stawów. Koenig sądzi, że powyższe 21,6% po uzupełnieniu obserwacyi do 16 lat z pewnością nie tylko dosięgną, ale przewyższą 27%, tak więc przeciwko gruźlicy nie zbyt świetną podług niego otrzymaliśmy pomoc w leczeniu przeciwgnilném.

W dyskusyi zwraca Kraske (z Hali) uwagę, że w klinice Volkmanna nie tak smutnie rzeczy się przedstawiają. Zdaniem jego bardzo ważną rzeczą, żeby wcześnie wypiłowanie uskutecznić.

Esmarch zgadza się z Koenigiem.

Nasze zapatrywania będziemy mieli sposobność przedstawić późniéj w obszernéj pracy opartéj na materyjale kazuistycznym i doświadczeniach.

Na dziś ograniczamy się do podania tematów dalszych rozpraw.

Esmarch (z Kielu): O zupełnie bezkrwawych operacyjach. Vogt (z Gryfii): O leczeniu nowotworów przez napawanie płynem Wickersheimera. Petersen (z Kielu): O *sectio alta*. Kraske (z Hali): O chorobie szczęk prawdopodobnie mykotycznéj. Kund Ulrichs (z Würzburga): O stósunkach elastyczności tętnic przy pionowém wzniesieniu (*verticale Elevation*).

Jutro rano posiedzenie z demonstracyjami w klinice Langenbecka od 10 — 1, a po południu w auli uniwersyteckiéj od 2—4 godz.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* W Cesarstwie niemieckiém wedle ostatnich wykazów żyje 13,728 lekarzy, nadto 1,560 chirurgów, 498 dentystów, 33,134 akuszerek i 670 osób trudniących się praktyką lekarską, jakkolwiek medycyny się nie uczyły. Aptek jest 4416, zakładów leczniczych publicznych 2,236 o 121,936 łóżkach a 794 prywatnych o 140,899 łóżkach.

* W skutek podania Związku stowarzyszeń lek. rakuskich o zmianę na lepsze wynagrodzenie lekarzy za czynności sądowolekarskie, Ministerstwo sprawiedliwości wystósowało w d. 3 stycznia rb. do L. 19,445 odezwę do prezydyjum Sądu wyższego we Wiedniu z żądaniem wykazania dochodów, jakie w r. 1878 mieli lekarze sądowi we wszystkich sądach dolno-austryjackich, a w szczególności, jakie kwoty każdy z lekarzy sądowych pobierał za czynności ściśle sądowolekarskie tak w sprawach karnych, jako cywilnych, jakie tytułem dyjet i kosztów podróży, za obecność przy rozprawach ostatecznych itd., oraz wykazania wysokości ryczałtu za czynności lekarskie, jeżeli takowy przy którymś ze sądów jest ustanowiony. Wykazy te pod koniec kwietnia rb. winny być przesłane Ministerstwu. (*Med. chirurg. Centralblatt* Nr. 15).

Podobna odezwa w swoim czasie wystósowaną została także do Prezydyjum Sądu Wyższego w Krakowie, a zapewne i do wszystkich innych Sądów wyższych. Nie wspomnieliśmy dotąd o téj odezwie, raz z powodu, że odpisu jéj dotąd otrzymać nie mogliśmy, a powtóre, że nie znamy jéj doniosłości i znaczenia, a mianowicie nie wiemy, co Ministerstwo zamierza uczynić w téj sprawie po otrzymaniu wykazów urzędowych.

(*K. Gr.*) Sprawozdanie zakładu krowiankowego Haya w Wiedniu za r. 1879 zamieszczono w Nrze 14 *Wien. med. Wchft* z rb. Wyjmujemy z niego następne daty: Rozesłano pod nadzorem urzędowym, gdyż zakład jest przez Wys. Rząd subwencyjonowanym i nadzorowanym, 1115 kostek a prywatnie 4314 fiolek, względnie zaś kostek lub płytek szklanych. Z liczby 226 dzieci zaszczepionych pod nadzorem urzędowym w 10 obwodach m. Wiednia przyjęła się krowianka u 93%, a z liczby 546 dzieci zaszczepionych prywatnie w zakładzie szczepianką wprost z cieląt u 99%. Powodu, dla którego stosunek u szczepionych po obwodach jest gorszym, szukać wypada w okolicznościach, wśród których odbywają się szczepienia publiczne (ścisk itd.). Lekarze, którym rozesłano limfę z cieląt, byli bardzo z wyników zadowoleni. Nie uważano ani róży, ani zapalenia naczyń limfatycznych, ani obrzmienia gruczołów itp. następstw. Z dat tych następne dwa wnioski dadzą się wyprowadzić:

1) Zarzuty, jakie dawniéj podnoszono przeciw szczepieniu krowianką, że jest nie pewne, mniéj często się przyjmuje, okazują się dziś po udoskonaleniu techniki tego sposobu nieuzasadnionemi.

2) Również nie uzasadnionym jest zarzut, że krowianka nie daje się przechowywać, bo szczepiono z pomyślnym wynikiem krowiankę przechowywaną krótszy lub dłuższy czas od 1 dnia do 9 tygodni. Zawdzięczać to należy ściśle przeprowadzonéj desinfekcyi króst przed ich wyzyskaniem i temu, że wszelkie sprzęty i przyrządy, jakich się przy szczepieniu używa, wystawia się przed tém na wpływ ciepłoty 100° C.

Statystyka epidemij. W tygodniu 13 ospa nie zmieniła się w Londynie. Umarło wprawdzie tylko 4, lecz świeżo zapadło 31 a leczyło się w szpitalach 181. W Paryżu umarło 55, w Bukareszcie 18, w Pradze i Petersburgu po 6, w Wiedniu 12, w Budapeszcie 8, w Barcelonie 6. Z duru umiera mniéj w Paryżu i Petersburgu 63 i 54. W Petersburgu umarło z duru powrotnego 26, z osutkowego 55. Z febry żółtéj umarło od 1 do 15 lutego w Rio de Janeiro 163 osób. W Krakowie umarło w tygodniu 14: z ospy 5, z duru brzusznego 1, z zimnicy 1. a doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach ospy: z ul. Krowoderskiéj L. 129, ze szpitala św. Ludwika i ze Zwierzyńca.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 13 umarło na 1000 mieszk. i rok w Krakowie 59,6; we Lwowie 51,7; w Warszawie 31,2; w Poznaniu 34,8; w Wiedniu 31,8; w Budapeszcie 43,1; w Pradze 48,2; w Berlinie 27,3; w Wrocławiu 33,9; w Mnichowie 37,8; w Dreźnie 25,3; w Lipsku 26,5; ; w Bazylei 22,5 w Brukseli 24,9; w Paryżu 32,2; w Londynie 21,4; w Kopenhadze 24,8; w Stokholmie 26,5; w Petersburgu 58,8; w Odesie 43,6;w Rzymie 38,8; w Wenecyi 32,5; w Bukareszcie 39,3; w Aleksandryi 34,8; w Bombayu 41,3; w Madrasie 45,2; w Rio de Janeiro 66,9. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 kwietnia. Podczas kiedy my mozolnie dobijamy się skromnych wyposażeń dla naszych zakładów naukowych, we Francyi przeciwnie się dzieje: minister oświaty narzuca Wydziałowi lekarskiemu w Paryżu nową katedrę praktycznéj anatomii patologicznéj w Hôtel-Dieu, zamieszczając na ten cel do budżetu przyszłorocznego sumę 27,400 franków. Wydział lekarski dopiero z projektu budżetu dowiaduje się o zamiarze ministra i pospiesza nie z podziękowaniem, lecz z gwałtownym protestem przeciw jego samowoli i zgwałceniu praw, a nawet godności świetnego Wydziału.—Nie ulega wątpliwości, że postępowanie ministra było nieco samowolném, ale w obec wielkiéj odrazy Wydziału do wszelakich reform minister z góry był przekonany, że Wydział nie tylko nigdy nie wziąłby inicyjatywy w podobném nowatorstwie, ale nawet na zapytanie rządowe udzieliłby odpowiedź przeczącą. Prawdopodobnie parlament powodując się względami oszczędności polegać będzie na proteście Wydziału, i tym sposobem szkoła lekarska paryska pozbawioną będzie i nadal arcyważnéj katedry, a uczniowie sposobności nabycia wprawy w sekcyjach. Pokazuje się, że autonomija uniwersytetów, tak wychwalana, ma i swoje słabe strony, jeżeli na Wydziałach przeważa duch kastowości odgraniczającéj się od świata murem chińskim.

(*K. Gr.*) W dniu 12 kwietnia r. b. zmarła w Krakowie Anna z Treutlerów Szternsztyn Helclowa, wdowa po ś. p. Ludwiku Helclu. Wspominamy tu o jéj śmierci z powodu, iż bardzo znaczną część swego majątku przeznaczyła na cele humanitarno lekarskie. Wspólnie z mężem ufundowała dawniéj kaplicę na cmentarzu krakowskim i była współfundatorką szpitala dla dzieci. Przy swéj śmierci zapisała z swego znacznego majątku liczne legata na zakłady dobroczynne i humanitarne, między innemi na szpital św. Ludwika 10.000 złr. na pomnożenie łóżek w szpitalu OO. Bonifratrów 5.000. złr., na szpital starozakonnych w Krakowie 2.000 złr., na biednych pod opieką Sióstr Miłosierdzia 5.000 złr. itd. Cały zresztą majątek po zaspokojeniu legatów pozostały przeznaczyła zmarła na Zakład publiczny dobroczynny w mieście Krakowie dla ubogich chrześcijan religii katolickiéj. Według woli testatorki Szarytki w Krakowie mają zbudować i utrzymywać, jeżeli to być może przy głównym ich zakładzie, dom przytułku dla nieuleczalnych, (najmniéj dla 20 osób obojéj płci), i dla ozdrowieńców (również najmniéj dla 20 osób). Do zakładu tego, który nosić ma nazwę: „Dom ubogich fundacyi Ludwika i Anny Helclów" przyjmowani będą jedynie katolicy z miasta Krakowa. Cały wewnętrzny zarząd pozostawać ma w rękach Szarytek. Również mają one zupełną swobodę co do wybudowania i urządzenia zakładu, w każdéj jednak ważniejszéj kwestyi zasięgać mają zdania i rady kuratora, którym testatorka ustanowiła p. Lud. Szumańczewskiego, a po śmierci jego obowiązki kuratora przechodzą na Wydział krajowy. Kurator mocen jest przekonywać się o stanie i potrzebach zakładu każdego czasu i porozumiewać się z zarządem co do udoskonalenia i rozszerzenia onegoż.

Oto główniejsze postanowienia testatorki co do téj fundacyi. Dzięki téj znacznéj ofierze przybędzie zapewne wkrótce Krakowowi nowy zakład dobroczynny w postaci domu dla nieuleczalnych i ozdrowieńców, którego potrzeba tak mocno czuć się dawała, a którego urządzenie z zaciągniętéj przez miasto pożyczki miał na myśli tak dobrze znający potrzeby naszego miasta ś. p. prezydent miasta Dr. Dietl, na inne jednak naglejsze potrzeby miasta obrócić musiano zaciągniętą pożyczkę, i gdyby nie zapis ś. p. Helclowéj miasto nasze przez długie czasy musiałoby się obchodzić bez tak potrzebnego zakładu.

* Wybory w c. k. Towarzystwie lekarskiém wiedeńskiém odbyły się temi dniami z następującym rezultatem: Obrani przewodniczącymi proff. Billroth, Arlt i E. Hofmann, trzymającymi pióro Drowie Bergmeister. Dlauhy mł. i Nicoladoni, sekretarzem prof. Neumann, ekonomem Dr. Funk, biblijotekarzem prof. Puschmann. Do Rady zawiadowczéj weszli: Heschl, Gunz, Gustaw Braun. Widerhofer, Billroth i Leidesdorf. Członkami honorowymi wybrani: Virchow i Recklinghausen.

* **Warszawa**. Komitet z łona Towarzystwa lekarskiego wyznaczony do przejrzenia Słownika psychijatrycznego (opracowanego w Krakowie), złożony z kol. Rothego, Pląskowskiego, Taczanowskiego, Żłobikowskiego i Łuczkiewicza, przy współdziale prof. Struvego zebrał się w dniu 2 kwietnia. Przewodniczącym obrany został Łuczkiewicz, sprawozdawcą Taczanowski, do pomocy w sprawie językoznawstwa polskiego zaproszonym został p. Przyborowski, lektor Uniwersytetu, b. biblijotekarz z czasów Szkoły głównéj. Komitet ma nadzieję ukończyć swą pracę w końcu kwietnia i przedłożyć ją na posiedzeniu Towarzystwa. (*Gaz, Lek.*).

* **Berlin**. Prof. nadzw. fizyjologii Dr. H. Munk wybrany został członkiem zwyczajnym Akademii Umiejętn. berlińskiéj, a Król wybór ten potwierdził. Prof. Munk jest poznańczykiem, synem kupca tamecznego, a jest on obok fizyka Riessa i botanika Pringsheima trzecim izraelitą, który zasiędzie w Akademii. (*Dz. Pozn.*)

* **Mianowania i odznaczenia**. Dr. Kiesselbach habilitował się jako docent w Erlandze. — Dr. Farr w Londynie otrzymał order łaziebny. — Docent prywatny Dr. Ernest Fleischl mianowany został prof. nadzw. fizyjologii we Wiedniu.

* **Nekrologija**. W Akwisgranie umarł Dr. L. Wetzlar, lekarz zdrojowy i zawołany lekarz praktyczny.

* **Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lek. polskich**:

W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 7: Buszka: Przyczynek do statystyki śmiertelności m. Krakowa (c. d.); Kramarzyńskiego: Obrażenie ciała ciężkie, zakończone względném wyzdrowieniem. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 15: Wisłockiego: Leczenie sztucznem powietrzem. (dok.) — W *Medycynie* Nr. 14: Kośmińskiego: Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyję, akomodacyję i ostrość widzenia (c. d.).

Piśmiennictwo lekarskie. FORT J. A. Manuel de physiologie humaine. 12. Paris, Delahaye. Fr. 10.

— Cours de médecine opératoire. 12. Paris, Delahaye. Fr. 6.

GALLARD C. Leçons cliniques sur l. Maladies des femmes. 2. éd. av. 158 fig. 8. Paris. J. B. Baillière et fils. Fr. 14.

HAMPELN P. Die Behandlung seröser u. eitriger pleuritischer Exsudate. gr. 8. Riga, Deubner. M. 60.

HENLE J. Grundriss der Anatomie d. Menschen. Nebst Atlas v. 284. Tfln. z. Thl. in Farbendruck. Lfg. 1. gr. 8. Braunschweig, Vieweg et S. M. 6.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie się we Środę dnia 21go kwietnia o godzinie 5éj w sali Akademii Umiejętności, na którém kolega Dr. Mars będzie mówił o miejscowéj (endemicznéj) gorączce połogowéj.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Wny **Dr. A. Sk. w M.** (w gub. Kijowskiéj): „Opis twarzy hippokratycznéj" znajduje się w księdze Hippokrata mającéj napis Προγνωστικόν (*praenotionum liber*) w wydaniu Kühna greckiém z przekładem łacińskim, wyszłém w Lipsku 1825 w 8ce w tomie I, na str. 89 i 90.

Klasyczny przekład łaciński, wszelako bez podania źródła i bez nazwy późniéj dopiero ustalonéj, zawiera dzieło: *Aur. Corn. Celsi de medicina libri octo.* W księdze IIgiéj, rozdz. 6tym w wydaniu bazylijskiém Almeloveena z r. 1748 in 8vo str. 54; w témże na końcu na str. 724 i 725 są zestawione odpowiadające sobie ustępy z Hippokrata po grecku, a z Celsa po łacinie. Po polsku rysy konającego przełożył prof. Oettinger w rozprawie: Rzut oka na najcelniejsze nabytki doświadczenia lek. Kraków 1870, str. 8. (Osobne odbicie z Przeglądu Polskiego z r. 1870).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 24 kwietnia 1880. **№ 17.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. NAWROCKI. Przyczynek do działania muskarynu. — II. SZEPAROWICZ. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznej. 5. Kazuistyka chirurgiczna krtani. *c)* Uwagi nad mechaniczném leczeniem cieśni krtaniowej *(Laryngostenosis)* i kazuistyka. (C. d.). — III. *Oceny i sprawozdania*: VIRCHOW: O perlicy zwierząt domowych i możności przenoszenia jéj za pośrednictwem pokarmów. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Odcinek:* ŁUCZKIEWICZ. List otwarty do Redakcyi Przeglądu w sprawie słownika lekarskiego III. — MINKIEWICZ. List z Tyflisu. — V. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. Przyczynek do działania muskarynu.

Podał Prof. **F. Nawrocki** w Warszawie.

O. Schmiedeberg *(Schmiedeberg und Koppe. Das Muscarin. Leipzig 1869)* otrzymawszy z muchomorów *(Agaricus muscarius)* alkaloid: muskaryn, badał jego wpływ na organizm zwierzęcy. Przy znaczniejszych dawkach téj trucizny zauważył znaczne zwolnienie uderzeń sercowych, nawet po przecięciu nerwów błędnych; mała ilość atropinu zwolnienie natychmiast usuwała. Z tego wynika, że muskaryn wywołuje zwolnienie tętna drażniąc obwodowe zakończenia nerwów błędnych. Jednocześnie ze zwolnieniem tętna zmniejsza się parcie ościenne; jest to głównie następstwem zwolnionego bicia serca, lecz i ośrodek naczynio-ruchowy ma w tém pewien udział, gdyż, jak Schmiedeberg podaje, w czasie działania muskarynu tętnice uszne u królika są rozszerzone. Przy małych dawkach muskarynu Schmiedeberg widział u człowieka i psa zamiast zwolnienia przyspieszenie tętna; u królików zaś i kotów nigdy tego skutku nie zauważył. Schmiedeberg sądzi, że to zjawisko znajduje się w związku z silném napięciem ośrodków nerwów błędnych u psa i człowieka, lecz bliżéj tego nie objaśnia. Małe dawki wywołują przyspieszenie ruchów oddechowych, wielkie zaś zwolnienie dochodzące do zupełnego spokoju. Nadto muskaryn sprowadza tężec kiszek, drażniąc zwoje kiszkowe, wzbudza obfite wydzielenie śliny, łez i śluzu i zwęża źrenicę. Isaac Ott i Wood Field (*The Journal of physiology. London and Cambridge vol. I*, pg. 193) podają: że po zastrzyknięciu podskórném muskarynu pojawia się pot na gołych miejscach łap u kotów; pot występuje zarówno na łapie z przeciętym nerwem kulszowym. Atropin wstrzymuje poty wzbudzone przez muskaryn.

Muskaryn do doświadczeń użyty sam otrzymałem wedle metody ostatecznie przez Schmiedeberga poleconéj (l. c. str. 9). Muchomory, wysuszone na słońcu, sproszkowałem i nalałem na nie mocnego spirytusu. Odsączony wyciąg spirytusowy odparowałem, dodałem wody, i za pomocą filtracyi oddzieliłem istoty tłuszczowe. Następnie dodałem octu ołowianego i amonijaku, oddzieliłem płyn od osadu, i usunąłem w nim nadmiar ołowiu za pomocą kwasu siarkowego. W tym płynie strąciłem muskaryn za pomocą rozczynu jodku rtęci — jodku potasu, i otrzymany żółty osad przemyłem wodą z dodatkiem kwasu siarkowego. Przemyty osad rozdzieliłem w wodzie, dodałem równą objętość zmoczonego wodanu baryty i przepuszczałem przez dłuższy czas siarkowodór. Oddzieliwszy za pomocą sączka siarczek rtęci dodałem w nadmiarze siarkanu srebra, zakwasiłem kwasem siarkowym i przesączyłem. Na sączku pozostał siarczek srebra i siarkan baryty, w płynie zaś muskaryn i siarkan srebra. Dla oddalenia srebra dodałem w nadmiarze wodanu baryty, przesączyłem i wydzieliłem resztki baryty zobojętniając ostrożnie płyn za pomocą kwasu siarkowego. Otrzymany ostatecznie płyn wyparowałem do sucha w ciepłém miejscu, osad wyciągnąłem alkoholem, i rozczyn alkoholiczny wyparowałem pod dzwonem nad stężonym kwasem siarkowym. Tym sposobem otrzymałem masę niewyraźnie krystaliczną: siarkan muskarynu, która chciwie wodę z powietrza przyciągała.

Najprzód badałem wpływ muskarynu na krążenie. W tym celu zwierzęta: psy, koty i króliki zatruwałem bardzo małemi dawkami kurary i stosowałem sztuczne oddychanie. Przy małych dawkach (0,0005) zauważyłem przyspieszenie tętna wraz z zmniejszeniem parcia ościennego. Przyspieszenie to tętna najjawniéj występowało wtedy, gdy nerwów błędnych nie przecięto. Po przecięciu nerwów błędnych parcie ościenne w podobny sposób się zmniejszało, lecz przyspieszenie tętna bardzo krótko trwało, zaledwie kilka sekund. Jeżeli prócz nerwów błędnych przecięliśmy rdzeń kręgowy na 1szym kręgu szyjnym, to parcie ościenne pod wpływem małych dawek muskarynu wcale się nie zmieniało, przyspieszenie zaś tętna było jeszcze mniéj wyraźném. Przy wielkich dawkach muskarynu następuje znaczne zwolnienie uderzeń sercowych a nawet spokój serca; występujące przy tém zmniejszenie ciśnienia jest li następstwem zwolnionych ruchów sercowych. Zwolnienie lub spokój serca zależy od

podrażnienia ośrodkowych zakończeń nerwów błędnych za pomocą muskarynu, gdyż małe dawki atropinu, który paraliżuje wymienione nerwy, przywracają pierwotną szybkość uderzeń sercowych.

Na ośrodek naczynioruchowy nawet wielkie dawki muskarynu nie działają paraliżująco, gdyż drażniąc dośrodkowy odcinek n. kulszowego podwyższamy parcie ościenne, a przytém, gdy po zastrzyknięciu atropinu tętno wróciło do normy, parcie ościenne staje się bardzo wysokiém. Zmniejszenie parcia ościennego po małych dawkach muskarynu jest następstwem zmniejszonego napięcia ośrodka naczynioruchowego; po przecięciu rdzenia na 1ym kręgu szyjnym więcéj się ono nie pojawia. Występujące jednocześnie przyspieszenie tętna Schmiedeberg tłumaczy podrażnieniem nerwów pobudzających ruchy serca; mnie się zdaje, że przyczyną główną przyspieszenia tętna jest zmniejszenie napięcia ośrodka nerwów błędnych, zdziałane zmniejszoném parciem ościenném (cf. F. Nawrocki: *Ueber den Einfluss des Blutdruckes auf die Häufigkeit der Herzschläge. Beiträge zur Anatomie und Physiologie als Festgabe Carl Ludwig gewidmet von seinen Schülern. Leipzig 1875*), gdyż wymienione przyśpieszenie tętna występuje dobitnie tylko przy nieprzeciętych nerwach błędnych.

Przytaczam w skróceniu kilka doświadczeń.

I. Pies słabo kuraryzowany	Tętno w przeciągu 5″	Średnie parcie ościennne w mm. Hg.
	6½	130
wstrzyknięto w v. jugularis 0,005 Muscarini sulphurici	13½	100
	8½	130
wstrzyknięto 0.0005 Muscarini	11	123
	7½	140
wstrzyknięto 0,02 Muscarini	spokój w przeciągu 1′	32
wstrzyknięto 0,004 Atropin sulph.	20½	235

II. Pies kuraryzowany, oba nerwy błędne przecięte	Tętno w przeciągu 5″	Średnie parcie ościenne w mm. Hg.
	12	180
wstrzyknięto w v. jugularis 0,0005 Muscarini	14	112
	12	159
	12	170
wstrzyknięto 0,0005 Muscarini	12½	140
	12	176
wstrzyknięto 0,03 Muscarini	spokój w przeciągu 9″	38
wstrzyknięto 0,004 Duboisini sulph.	12	228

III. Pies kuraryzowany, przecięte nerwy błędne i rdzeń na 1szym kręgu szyjnym	Tętno w przeciągu 5″	Średnie parcie ościenne w mm. Hg.
	12	5·3
wstrzyknięto w v. jugularis 0,0005 Muscarini	13	
wstrzyknięto 0,0005 Muscarini	11½	nie zmienia się
wstrzyknięto 0,001 Muscarini	11	nie zmienia się
wstrzyknięto 0,03 Muscarini	2½	nie zmienia się
wstrzyknięto 0,004 Atropini sulphurici	9½	45

IV. Kot kuraryzowany, nerwy błędne przecięte	Średnie parcie ościenne w mm. Hg.	Tętno w przeciągu 5″
	112	18
drażniono pars centralis n. ischiadici przy 120 mm. odległości cewek	237	
bez drażnienia	140	
wstrzyknięto w v. jugularis 0,02 Muscarini	60	
drażniono n. ischiadicus przy 120 mm.	148	
wstrzyknięto 0,002 Muscarini	78	
drażniono n. ischiadicus przy 120 mm.	114	
wstrzyknięto 0,004 Muscarini	63	
drażniono n. ischiadicus przy 120 mm.	97	
bez drażnienia	80	9
drażniono n. ischiadicus przy 60 mm.	130	
bez drażnienia	90	9½
wstrzyknięto 0,001 Atropini sulphurici	125	18
drażniono n. ischiadicus przy 60 mm.	222	18

Muskaryn wstrzyknięty w *v. jugularis* w ilości 0,002 do 0,005 wzbudza obfite wydzielenie śliny w śliniance podżuchwowéj i wtedy, gdyśmy przedtém przecięli *chordam tympani*. Z rurki wstawionéj w przetokę Whartona ślina zwykle w 10—15″ po wstrzyknięciu muskarynu zaczyna wyciekać i przyspiesza się krążenie krwi w gruczole; gdyż jeżeli z nadciętéj żyły gruczołu mało ciemnéj krwi wypływa, po wstrzyknięciu muskarynu strumieniem jasna krew wycieka. Ztąd wynika, że muskaryn drażni obwodowe zakończenia nerwów wydzielniczych (i rozszerzających naczynia krwionośne) ślinianki. Ażeby się przekonać, czy muskaryn nadto nie działa na ośrodek nerwów wydzielniczych, przecinałem *chordam tympani* po jednéj (lewéj) stronie, wstawiałem rurki w oba przewody Whartona, wstrzykiwałem w *v. jugularis* 0,002 muskarynu i zbierałem ślinę wyciekającą w przeciągu 15′.

Otrzymałem następujące rezultaty:

	Lewa ślinianka wydzieliła	Prawa ślinianka wydzieliła
I	1,8 cc.	2,2 cc.
II	1,6 cc.	1,6 cc.
III	6,2 cc.	5,0 cc.
IV	5,0 cc.	5,0 cc.
V	2,8 cc.	2,6 cc.

Gdyby muskaryn nie tylko obwodowo, lecz i na ośrodek nerwów wydzielniczych działał, tobyśmy ze ślinianki, któréj chorda tympani była nieprzeciętą, otrzymali więcéj śliny, tymczasem otrzymane liczby nie wykazują żadnéj wyraźnéj różnicy między działaniem muskarynu na śliniankę z przeciętą lub nieprzeciętą struną bębenkową.

Podobnie jak na ślinianki muskaryn działa na gruczoły potowe. Po wprowadzeniu małych dawek (0,002) w krew zwierzęcia występuje obfity pot na gołych miejscach łap kota.

I. U słabo kuraryzowanego kota przecięto *n. ischiadicus sinister* i wysuszono łapy o 11 g. 46 m. Ponieważ łapy pozostały suchemi, dla tego o 12 g. 2 m. wstrzyknięto w *v. jugularis* 0,002 Muscarini. O 12 g. 5 m. wszystkie łapy były pokryte obfitym potem. Ilekroć wytarliśmy łapy, wkrótce nowe krople potu występowały.

Muskaryn zatém drażni obwodowe zakończenia nerwów potowych; pot wystąpił zarówno na łapie, któréj nerw był poprzednio przeciętym. Że muskaryn nie działa na ośrodek nerwów potowych, o tém nas przekonywają następujące dwa doświadczenia.

II. U kota słabo kurarą zatrutego przewiązano aortę brzuszną (tuż po nad *arteriae iliacae communes*) o 12 g. 10 m. i łapy wysuszono. O 12 g. 30 m. wstrzyknięto w *v. jugularis* 0,002 muskarynu. O 12 g. 31 m. krople potu poczęły występować na przednich łapach; wkrótce te łapy pokryły się rzęsistym potem. O 12 g. 38 m. tylne łapy były suche; zdjęto ligaturę z aorty. O 12 g. 40 m. wystąpiły krople potu na tylnych łapach; o 12 g. 45 m. i tylne łapy wydzielały wielką ilość potu.

III. U kota słabo zatrutego kurarą przewiązano aortę brzuszną (tuż ponad *arteriae iliacae communes*); o 12 g. 59 m. i łapy wysuszono. O 1 g. 10 m. wstrzyknięto w obwodowy odcinek *carotis sinistrae* (ażeby trucizna bezpośrednio zetknęła się z ośrodkiem potowym) 0,002 muskarynu. O 1 g. 11 m. przednie łapy zaczęły się pocić, a wkrótce silnie się pociły. O 1 g. 16 m. tylne łapy suche; zdjęto ligaturę z aorty. O 1 g. 17 m. krople potu wystąpiły na tylnych łapach; o 1 g. 20 m. i tylne łapy silnie się pociły.

Muskaryn wywołuje tężec kiszek drażniąc zwoje kiszkowe. Mała ilość duboisynu (który działa podobnie jak atropin) natychmiast wstrzymuje ruchy kiszkowe, porażając wymienione zwoje. Gdy następnie drażnimy kiszkę strumieniami indukcyjnemi, otrzymujemy tylko miejscowy skurcz mięśni znajdujących się między elektrodami. Muskaryn zwęża źrenicę drażniąc nerw okoruchowy, najlepiéj to zjawisko można obserwować u kotów, u których źrenica pod wpływem muskarynu prawie zupełnie się zwęża; słabe drażnienie (przy 150 mm.) nerwu współczulnego szyjnego natychmiast wywołuje rozszerzenie źrenicy. Po przerwaniu drażnienia źrenica napowrót się zwęża.

II. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

(Ciąg dalszy artykułów z r. 1878 i 1879).

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurgicznego we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

(Ciąg dalszy. Przegląd Lekarski 1879 Nr. 1—7 i Nr. 14—16).

c) Uwagi nad mechanicznem leczeniem cieśni krtaniowéj (*Laryngostenosis*) i kazuistyka.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

6ty przypadek: Jan Terech lat 19, pomocnik murarski, przybył na mój oddział po raz pierwszy 6 grudnia 1875. Od 8miu miesięcy rozwijała się u niego bez wiadoméj przyczyny (skutkiem zatrudnienia fachowego?) zwolna cieśń krtaniowa. Obraz wziernikowy: Słaby nieżyt krtani; ułożenie wzajemne i poruszalność strun głosowych prawidłowa; nastrzykanie strun głosowych nieznaczne, wyraźny obraz t. zw. trzeciéj pary strun głosowych, a mianowicie: dwa podłużne grube fałdy wychodzące od bocznych ścian krtani tuż poniżéj strun głosowych, od nich oddzielone, równoległe z strunami głosowemi, z przodu stykające się, nieporuszalne; zwężenie światła krtani także bardzo znaczne;| głos dość czysty atoli bardzo słaby. Rozpoznanie: „*chorditis vocalis hypertr. inferior*“ (*Perichondritis?*) Ani kiły, ani żadnéj innéj dyskrazyi nie ma. Już 10go grudnia w nocy musiałem wykonać tracheotomiję z powodu zaduszania; odtąd wdychiwania pary wodnéj i pomazywanie krtani rozczynem azotanu srebra. W dniu 2 marca 1876 drożność krtani przywrócona, fałdy znikły; usunąłem kaniulę a w dniu 8 marca uznałem chorego za wyleczonego. W dniu 15 marca powrócił on z przypadami ostrego nieżytu krtani; przy użyciu wziewań pary wodnéj i pomazywaniu rozczynem azotanu srebra nieżyt ustąpił. W dniu 29 marca chory opuścił szpital. W dniu 1 listopada 1876 przybył on napowrót na oddział z tak znaczną zadyszką, że musiałem w bliźnie ponowić tracheotomiję. W dniu 22 stycznia 1877 opuścił chory oddział z kaniulą, albowiem tym razem powyższe leczenie nie odniosło skutku. W październiku 1878 przybył ponownie na mój oddział, albowiem drożność krtani została zredukowaną do zera, a mowa tak osłabła, że była raczéj chuchaniem.

Z powodu mojéj choroby rozpocząłem leczenie dopiero w grudniu 1878. Obraz wziernikowy: znów wybitny obraz trzeciéj pary strun głosowych, jak je opisuje Burow młodszy w 18 tomie *Archiv f. Chir. Langenbecka*, prawy fałd znacznie grubszy; fałdy stykają się z przodu i z tyłu, a skutkiem tego szczelina oddechowa owalna; bardzo znaczne zwężenie; poniżéj fałdów ku cięciu tchawicy zupełne zatkanie prawdopodobnie skutkiem wybujałéj ziarniny.

14/12 1878 nawet 1szy numer cewnika elastycznego nie dał się wprowadzić do wysokości cięcia tchawicy; wylapisowałem ziarninę w przetoce szyjnéj.

15/12 po wczorajszéj próbie znaczny ból w gardle, dla tego odpoczynek.

18/12 przeprowadziłem cewnik elastyczny Nr. 4ty od przetoki szyjnéj ku górze, poczém zdołałem go także od góry przeprowadzić; a bezpośrednio potém wprowadziłem świeczkę cynową Schröttera Nr. 3 i umocowałem; chory utrzymał ją od godziny 11 do godziny 5 popołudniu.

19|12 drożność krtani większa; wprowadziłem świeczkę Nr. 5; od godziny 11 do 5téj.

20/12 ból i obrzęk w krtani; odpoczynek do 22/12, wtedy znów Nr. 5 po beskuteczném usiłowaniu wprowadzenia Nru 6.

23/12 ból w krtani, znaczny obrzęk i zaczerwienienie więzadeł rzekomych, a struny głosowe zlane z nieprawidłowemi fałdami w jednę czerwoną całość.

24/12 Nr. 5 od godz. 11—6téj.

25/12 Nr. 6.

28/12 Nr. 7 od godz. 1—6téj; tak codziennie.

6/1 1879 Nr. 8, chory zatyka kaniulę na godzinę i dłużéj. Ziarnina w przetoce skutkiem codziennego przyżegania lapisem wyniszczona.

12/1 Nr. 10 od godziny 12—4téj.

21/1 Nr. 11 od godziny 12—4téj.

26/1 Nr. 12 nie wchodzi, dla tego ponowiono Nr. 11; dopiero 16/2 wchodzi Nr. 12.

17/2—23/2 odpoczynek z powodu reakcyi.

23/2 Nr. 13 z trudnością; chory utrzymał ten numer aż do godziny 7méj rano 24/2.

24/2 znaczne pogorszenie, obrzęk, zaczerwienienie, ból, mowa przytłumiona, dla tego odpoczynek aż do 9/3 kiedy znów z trudnością wprowadziłem Nr. 13. Dziś po raz pierwszy widać przy pomocy wziernika górne chrząstki tchawicy.

15/3 przedstawiłem chorego z dotychczas osiągniętym skutkiem w Towarzystwie lekarskiém a oraz zaprzestałem leczenia za pomocą świeczek cynowych, gdyż choremu proceder stał się wstrętny i przystąpiłem do użycia rurek Schröttera.

16/3 rurka Schröttera Nr. 6 ½ godziny; 17/3 reakcyja dość znaczna.

21/3 rurka Schröttera Nr. 6 przez 2 godzin.

2/4 Nr. 7 kilka godzin; poczém z powodu reakcyi odpoczynek przez kilka dni.

10/4 Nr. 8 poczém przez cały tydzień odpoczynek; 24/4 Nr. 9.

3/5 obraz wziernikowy: głośnia trójkątna, szeroka, struny głosowe prawidłowe jeno jeszcze trochę z wolnego brzegu zgrubiałe; ich barwa biała, słabo nastrzykane.

15/5 drożność krtani zupełnie prawidłowa, mowa głośniejsza; chory oddycha od dłuższego czasu przy ciągle zatkanéj kaniuli; obraz wziernikowy przedstawia prawidłowy stan krtani. Chciałem usunąć stale kaniulę, atoli chory nie zezwolił, nie dowierzając wyleczeniu z powodu już doznanego rozczarowania. Uznałem go za zdrowego, atoli przyjąłem go w poczet posługaczów szpitalnych, na którém to stanowisku do dnia dzisiejszego się znajduje. Dotychczas nosi on kaniulę srebrną, atoli zawsze zatkaną, i jest zupełnie zdrów. W pewnych odstępach sprawdzam u niego wziernikiem stan krtani, która w niczém nie różni się od innéj zdrowéj. Sądzę więc, że wyleczenie w tym przypadku będzie trwałe, a chory obiecał, że w lecie pozwoli sobie usunąć kaniulę.

7 przypadek. Leib Rozenstok, uczeń kuśnierski lat 14, wstąpił na mój oddział w dniu 25 września 1878 r. z przypadami cieśni krtaniowéj. Od roku chrypka, a w ostatnich 3 miesiącach przypady cieśni krtaniowéj; przyczyna choroby niewiadoma. Obraz wziernikowy: Przy braku jakiegokolwiek zaczerwienienia lub innych objawów zapalnych, tuż poniżéj strun głosowych na kształt przepony błona dokoła od ścian krtani wychodząca z malutkim otworkiem prawie ośrodkowym podłużnym około 3 linij długim, a 2 linije szerokim, a może nawet i mniejszym, który służy do oddychania. Ten otworek nie zmienia ani kształtu ani rozmiarów ani podczas oddychania ani podczas wygłaszania i sprawia bardzo znaczną cieśń krtaniową. Gra strun głosowych podczas oddychania i wygłaszania zupełnie prawidłowa, głos słabo zachrypnięty, chwilami jednak i w wielu tonach całkiem czysty, o sile bardzo zmniejszonéj. Ażeby przypuścić, że wrzody poprzedziły, nie ma podstawy ani w wywiadach, ani w stwierdzonym obrazie wziernikowym. Pierścień zwężający sprawia wrażenie cienkiéj błony. Odżywienie chorego bardzo dobre, płuca zdrowe, ani śladu obrzęku gruczołów, o kile ani mowy.

Co do rozpoznania w niniejszym przypadku pozwolą mi szan. Czytelnicy poczynić kilka uwag: W kilkakrotnie przytoczonéj rozprawce „*Beitrag zur Behandl. der Larynxstenosen*“ wspomina Schrötter na str. 42 jako o właściwéj a bardzo ciekawéj kategoryi zwężeń krtani o „cieśniach błonowych“ (*membranartige Verschlüsse des Luftrohres*“, *Laryngostenosis membranacea*), które się napotyka w różnych częściach krtani, najczęściéj zaś w dolnych lub między strunami głosowemi, a które w têm ostatniém miejscu zrost strun głosowych wywołują a raczéj ze zrostu strun powstają. Tak w tych przypadkach, które Schrötter z literatury przytacza (Türk, Semeleder, Moura-Bourouillou, Störk, Schnitzler i Rossbach), jakoteż i w jego przypadku tamże szczegółowo opisanym (chora K. M. w wysokim stopniu skrofuliczna) były owe błony tylko blizną po wrzodach różnéj natury. W moim przypadku nie podobna mi przypuścić tego rodzaju choroby, gdyż jak już powyżéj oświadczyłem, do przypuszczenia poprzedzających wrzodów nie było najmniejszéj podstawy. Raczéj więc trafiało do mego przekonania przypuszczenie, które odpowiada stanowi rzeczy uwidocznionemu przez Burowa ml. w fig. 2 tabl. III, *Langeb. Arch.* tom 18., gdzie fałdy stanowiące istotę choroby, o któréj on tam mówi: „*Chorditis voc. hypertr. inf.*“ z przodu i z tyłu wzajemnie z sobą stykają się i skutkiem tego sprawiają wrażenie pierścieniowatego zwężenia lub zwężenie w kształcie błony z ośrodkowym otworem. Do przypuszczenia *perichondritis* najmniejszéj nie miałem podstawy, przypuściłem więc naciek podśluzowy krtani przewłoczny, a może tylko z dolnych powierzchni strun głosowych w kształcie fałdów występujący (*Chorditis vocalis hypertrophica inferior*).

21/11 wykonałem tracheotomiję z powodu nader spotęgowanych przypadów cieśni krtaniowéj. Mechaniczne leczenie rozpocząłem dopiero 14 grudnia 1878.

14/12 z trudnością przeprowadziłem cewnik N. 4, potém wprowadziłem świeczkę cynową Nr. 1, który chory zatrzymał przez 3 godziny.

16/12 wziernikiem stwierdza się: otwór w pierścieniu zwężającym bardziéj podłużny; w przednim kącie granulacyjny guziczek, prawdopodobnie skutkiem przerwania zrostu; drożność znaczniejsza. Wprowadziłem świeczkę cynową N. 4 na 7 godzin.

17/12 świeczka N. 6 od godz 11—5; po wyjęciu świeczki zupełny bezgłos.

18/12 obrzęk i zaczerwienienie krtani, odpoczynek.

22/12 sw. N. 6 od godz. 11 przed poł. do 2 w nocy.

23/12 głos stłumiony, drożność mniejsza; obrzęk i zaczerwienienie w krtani; oba chorobliwe wały stanowią dziś jednę całość z strunami głosowemi, barwy mięsnéj, poniżéj tych fałdów widać światło krtani prawidłowych rozmiarów, ropną wypociną pokryte.

27/12 swieczka N. 7. 29/12 swieczka N. 8 od godz. 1—6.

30/12 chory oddycha przez cały dzień przy zatkanéj kaniuli.

6/1 1879 swieczka N. 9, od godz. 12—6. 12/1 swieczka N. 10, od godz. 12—4. 23/1 N. 11 od godz, 12—3. Prawie codziennie przeżegano lapisem granulacyję w przetoce szyjnéj.

9/2 z powodu obrzęku musiałem się cofnąć do swieczki N. 10.

Z powodu reakcyi aż do d. 16/2 zupełny odpoczynek.

16/2 N. 11 znów potrzeba odpoczynku aż do d. 23/2.

23/2 N. 12; chory wytrzymał ją 20 godzin.

24/2 bardzo znaczna reakcyja; drożność bardzo zmniejszona, mowa cicha, ból w krtani; obrzęk i zaczerwienienie.

15/3 przedstawiłem chorego w Towarzystwie lekarskiém i zaprzestałem leczenia za pomocą świeczek a rozpocząłem leczenie za pomocą rurek Schroettera.

16/3 rurka Schröttera N. 5; $^1/_2$ godziny.

17/3 dość znaczna reakcyja; z tego powodu odpoczynek dłuższy. 2/4 rurka N. 6. 10/4 N. 7. Na numerze 7 poprzestałem; wprowadzałem go codziennie. 19/4 usunąłem kaniulę.

3/5 Obraz wziernikowy: Zupełnie prawidłowa krtań, tylne tylko kąty trójkąta głośni jakby zaokrąglone; widać wyraźnie przy stósownêm nastawieniu wziernika podział tchawicy.

1/6 przedstawiłem chorego w Towarzystwie lek. jako wyleczonego. 6/6 wypuściłem go. W listopadzie 1879 miałem sposobność widzieć chorego; wygojenie trwałe; chory oddycha bez najmniejszéj przeszkody; wziernik przedstawia zupełnie prawidłowy stan krtani.

8my przypadek. Jakób Szczęch przybył na mój oddział w dniu 30 października 1878 z brodawczakami krtani. Opisałem przebieg jego choroby w pierwszym okresie w Przegl. Lek. z r. 1879 pod rubryką „*thyreotomia*“ w N. 7 str. 84. Opis zakończyłem wzmianką, że chory znajdował

się naówczas w stanie gojenia na oddziale. I rzeczywiście tak było. Atoli, kiedy już zamyślałem wydalić go ze szpitala, powstały nagle na nowo przypady cieśni krtaniowéj; tak, że w dniu 28 marca 1879 r. potrzeba było ponowić cięcie tchawicy. Po téj ostatniéj wytworzyły się były przetoki po obu stronach szyi wychodzące od rany, długie, wydzielające ropę, tak że miałem pewność, że ewentualnie nastąpi sekwestracyja chrząstek tarczykowych (skutkiem tyreotomii?). Od d. 23 kwietnia 1879 rozpocząłem rozszerzanie krtani za pomocą rurek Schröttera; z mniejszemi i dłuższemi odstępami uskuteczniałem takowe aż do 8 czerwca, lecz nie mogłem przekroczyć Nru 3; nadto chory nigdy nie wytrzymywał rurki nad 15 minut. Już w moim opisie z r. 1879 przedstawiłem chorego jako unikat pod względem trudności wziernikowania. Z tego też powodu i teraz nie mogłem dokładnie pochwycić wziernikiem obrazu krtani. W dniu 8 czerwca wypuściłem chorego z kaniulą z poleceniem, ażeby po należytym odpoczynku powrócił do dalszego leczenia. Powrócił on 6 listopada 1879 r. z zupełném zatkaniem krtani; przetoki na szyi pogojone; zamartwiny chrząstek nie było i nie ma; obrazu wziernikowego zdjąć nie podobna. Utorowawszy sobie drogę cewnikiem od rany na szyi wprowadziłem 19 listopada rurkę Schröttera N. 1. Ten numer wprowadzałem codziennie na $^1/_2$ godziny od 19/11 do 28/11 odtąd do 4/12 odpoczynek z powodu reakcyi.

7/12 rurka N. 2, po której nastąpiła znaczna reakcyja i dla tego dłuższy odpoczynek. 21/12 N. 3. 23/12 N. 4. 7/1 N. 5. Dziś zdołałem przelotnie pochwycić obraz krtani bodaj częściowo: stwierdziłem obrzęk, zaczerwienienie więzadeł rzekomych w kształcie guzów (nawrót brodawczaka?), atoli trudno powziąć dokładnego wyobrażenia o stanie wnętrza krtani.

Od 29 stycznia rozpocząłem leczenie za pomocą świeczek cynowych, które doprowadzałem aż do Nru 12.

7/3 obraz wziernikowy: ogromny obrzęk powłok chrząstek Wrisberga i nalewkowych, barwy szaréj, i wydzielina ropna (*Abscessus submucosus? perichondritis? traumatica?*) prawdopodobnie skutkiem postępowania leczniczego; drożność krtani znacznie uszczuplona, ból w krtani, tętno przyśpieszone, dreszcze; odtąd odpoczynek.

17/3 świeże te przypady ustąpiły; drożność znów znacznie polepszona; chory oddycha górą przy zatkanéj kaniuli około kwandrans. Wypuściłem go z poleceniem, ażeby po należytym odpoczynku znów powrócił do dalszego leczenia. Tuszę sobie, że po dłuższym odpoczynku krtani będzie można rozstrzygnąć wątpliwość, ażali przyczyną cieśni jest nawrót brodawczaka lub może zapalenie ochrzęstny, a w takim razie zastosuje się odpowiednie postępowanie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

R. Virchow: **O perlicy zwierząt domowych i możności przenoszenia jéj za pośrednictwem pokarmów.**

Z polecenia niemieckiego ministeryjum rolnictwa i spraw lekarskich zajmuje się V. już od r. 1876 w szkole weterynarnéj berlińskiéj poszukiwaniami doświadczalnemi w celu wykazania, o ile mięso lub wydzieliny zwierząt perlicą dotkniętych, mianowicie zaś bydła rogatego, mogą być szkodliwemi zdrowiu ludzkiemu i o ile możnaby ztąd wysnuć pewne praktyczne wnioski sanitarno-policyjne.

Wiadomo, że w perlicy już od dawna upatrywano coś zakaźnego. Od 16go aż do połowy 18go wieku upatrywano pewną analogiję między guzami perlicowemi a kiłą, zkąd powstała nazwa *morbus gallicus boum*. W następstwie takiego zapatrywania istniały w różnych krajach niemieckich wyraźne zakazy używania lub sprzedawania mięsa bydła perlicowego. Dopiero w połowie zeszłego wieku wykazał Heim, że choroba w mowie będąca nie pozostaje w żadnym związku z kiłą; od tego też czasu powyższe zakazy znoszono kolejno jeden po drugim. Zdawało się bowiem według ówczesnych doświadczeń, że mięso bydła dotkniętego perlicą nie jest bynajmniéj szkodliwém, zwłaszcza po oddaleniu części bezpośrednio schorzałych. Na niebezpieczeństwo takiego zapatrywania zwrócił znów pomiędzy innymi Gerlach uwagę, upatrując jednakże zupełnie w czém inném szkodliwość mięsa perlicowego. Według Gerlacha, w czém się zgadzali również Leisering, Fuchs, Zürn i inni, perlica zwierząt ma być istotną gruźlicą. Do zdania tego przychylił się ze stanowiska anatomicznego i Schüppel. Zdania te i liczne późniejsze doświadczenia, mające wykazywać, że szczepienie mas perlicowych wywołuje u różnych zwierząt gruźlicę prosówkową, że zatém jad obydwu tych chorób jest jeden i ten sam, o ile z jednéj strony przyczyniły się w wielkiéj części do utrwalenia przekonania, że gruźlica jest chorobą zakaźną, o tyle znów pozbawiły perlicę wszelkich pozorów nieszkodliwości.

Virchow zastanawia się, o ile na podstawie dzisiejszych naszych wiadomości mamy prawo identyfikowania perlicy z gruźlicą.

Zapatrując się na gruźlicę ze stanowiska Laënneca, według którego istotne cechy gruzełka polegają na konsystencyi, wejrzeniu, barwie i nieprzeźroczystości części schorzałych, a które to cechy późniéj Virchow zebrał w jedno pojęcie przeobrażenia serowatego, nie można perlicy zaliczyć do rzędu gruzełków, gdyż guzy perlicowe są najmniéj skłonne do serowacenia. Że różnicy téj nieuwzględniano, pochodzi z tych samych przyczyn, dla których i u człowieka wszelkie masy serowate w płucach wielu uważało i dziś jeszcze uważa za gruzełki, aczkolwiek takowe z gruzełkami nie mają nic wspólnego a przynajmniéj nie są właściwemi gruzełkami. Tak samo napotyka się i w płucach bydła rogatego nader często masy serowate, w żadnym związku z perlicą nie pozostające; należą tu między innemi różne postacie zapalenia oskrzeli, przewlekłych spraw zapalnych w tkance okołooskrzelowéj i miąższu płucnym, tudzież rozstrzenie oskrzelowe. Sprawy te chorobowe mogą na przekroju płuca przedstawiać obraz podobny do zmian perlicowych, mimo to są to sprawy zupełnie odrębne. Być może, że przewlekłe nieżyty oskrzelowe pozostają w pewnym związku przyczynowym z rozwojem perlicy u zwierząt jak gruźlicy u ludzi, chociaż zdarza się często, że w przypadkach nader rozległych zmian zapalnych w oskrzelach i nagromadzenia wielkich brył serowatych w płucach przecież nie znajdujemy ani śladu zmian perlicowych. Właściwe guzy perlicowe nigdy nie podlegają przeobrażeniu serowatemu, często natomiast wapnieją, tak że w początkach bieżącego stulecia sądzono (mianowicie we Francyi), iż bydło nabywa perlicy, jeśli się pasie w okolicach obfitujących w sole wapniowe.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości pomniejsze.

ss) Dr. Laborde poleca *aconitinum nitricum* przeciwko bólom nerwowym twarzy, jeżeli takowe nie są objawem towarzyszącym guzom mózgowym. 1 miligrm leku tego ma znosić rwę twarzową, która nie ustępowała pod wpływem największych dawek chininu i makowca. (*Gaz. des hôp.* 4 Mars 1880).

ss) Jeden z lekarzy angielskich, dotknięty nadmierną tuszą, używał wodnego wyciągu *fuci vesiculosi*, pod wpływem którego to środka stracił w ciągu 12tu tygodni 13 funtów na wadze. Trzeba jednakże namienić, że w czasie tym zachowywał ścisłą dyjetę, unikał masła, cukru, piwa itp. Dyjety téj próbował już i pierwéj, ale bez skutku. W innym przypadku chory doznał za użyciem tegoż leku 8 funtów ubytku na wadze, i to nie zmieniając wcale sposobu życia. Środek ten w powyższych przypadkach nie sprawił żadnych nieprzyjemnych skutków ubocznych, nie zauważano ani biegunki, ani nadmiernego zwiększenia ilości moczu itp. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1880 Nr. 14).

ss) Czy ślina ludzi dotkniętych wścieklizną jest zaraźliwą? Na pytanie to odpowiedział niedawno temu twierdząco Dr. M. Raymund w Paryżu. Twierdzi on, że wścieklizna przenosi się za pośrednictwem śliny z ludzi chorobą tą dotkniętych na zwierzęta, a prawdopodobnie i na ludzi, z któréj to przyczyny Dr. Raymund zaleca wielką ostrożność w obcowaniu z chorymi w mowie będącymi, jakotéż i przy wykonywaniu sekcyj odpowiednich. Przeciwko tym zapatrywaniom występuje Dr. P. Kowalewski (*Memorab.* 1880 Nr. 3), popierając przeciwne zdanie swe kilku spostrzeżeniami z własnéj praktyki. Tak np. w r. 1876 leczył chłopca 9-letniego, który po ukąszeniu przez psa wściekłego okazywał wszelkie objawy wścieklizny. Chory ten chcąc pewnego razu jeść bułkę, lecz nie mogąc jéj przełknąć, upuścił na ziemię kęs dobrze pożuty i śliną nasiąkły. Przechodzący przypadkiem umysłowo chory kęs ten podniósł i zjadł. Mimo to chory ten żyje dotąd, ów chłopiec zaś umarł nazajutrz. — W r. 1877 przywieziono na oddział Dra K. 24letniego ułana, chorego od 3 dni na wściekliznę. Chory ten tak polubił Kowalewskiego, że koniecznie chciał go całować i *nolens volens* pocałował Dr. K. chorego ułana z 10 razy w usta. Chory umarł po 24 godzinach. Wanny, w któréj tenże chory się kąpał, używał po należytém oczyszczeniu, tak sam K. jako i inni chorzy, i to bez najmniejszéj szkody. Trzem psom zastrzyknięto ślinę chorych wścieklizną dotkniętych, za każdym razem z wynikiem ujemnym. Na podstawie powyższych faktów Dr. K. wbrew zdaniu Raymunda nie przypisuje zaraźliwości ślinie chorych wścieklizną dotkniętych.

ss) Prof. Beneke zdaje sprawę z pomiarów dokonanych na jelitach 50 dorosłych i dzieci. U dzieci od 2go do 3go roku życia długość całego przewodu jelitowego (z wyjątkiem dwunastnicy) wynosiła średnio 578·6 cm., czyli 728 cm. na 100 cm. wysokości ciała. U dorosłych, zmarłych na różne choroby, którym nie towarzyszyło znaczne zakłócenie odżywienia, długość bezwzględna jelita wynosiła średnio 832·9 czyli 503·4 cm. na 100 cm. długości ciała; u osobników zmarłych na choroby z cechą przerostową (*mit hypertrophischem Charakter*) znaleziono 909·6, względnie 548·0 cm., u suchotników zaś 674·6, względnie 393·7 cm. Najmniejszy wymiar dla całego jelita wynosił 307, największy 1149 cm. Wypada ztąd, że długość jelita u ludzi dorosłych może być w dwójnasób większą lub mniejszą, że u dzieci przewód jelitowy w stosunku do wysokości ciała jest znacznie dłuższy aniżeli u dorosłych, a nareszcie że dorośli suchotnicy posiadają najkrótszy stosunkowo przewód jelitowy, chorzy zaś dotknięci sprawami przerostowemi stosunkowo najdłuższy. B. zwraca uwagę, że obok tak zmiennych wymiarów jelita (a więc prawdopodobnie i powierzchni jelitowéj) musi także i wysysanie pokarmów być różném u różnych osobników. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1880 N. 15).

(*K. Gr.*) Starszy lekarz sztabowy Dr. Stern podaje sposób zadawania chininu, który ma być bardzo dla chorych przyjemnym. Chinin w dużych dawkach mięsza się z małą ilością *Acidum tartaricum* i dodaje kroplami nieco wody. Chinin rozpuszcza się bardzo prędko tak, iż w ten sposób otrzymujemy najwięcéj zgęszczony jego rozczyn. Jeżeli dodamy do téj mięszaniny chininu z kwasem winowym, według potrzeby cukru, to otrzymujemy z kilku gramów chininu mimo pierwotnie znacznéj objętości pigułkę wielkości małéj wiśni lub jeszcze mniejszą albo kilka mniejszych pigułek, które można łatwo połknąć popiwszy wodą lub w opłatku. Dla chorych po wsiach lub małych miasteczkach, gdzie trudno dostać chininu w kapsułkach, będzie sposób ten bardzo pożądanym. (*Gesundheit.* 1880. Nr. 3).

IV. List otwarty do Redakcyi Przeglądu w sprawie słownika lekarskiego.

III.

Wiedząc z doświadczenia własnego, jak przykremi dla Redaktora są wszelkie odpowiedzi, wyjaśnienia, tłumaczenia i rozmaitego rodzaju repliki korespondentów nagabywanych i nagabujących, pospieszam Cię uspokoić zacny Kolego, że w liście tym nie znajdziesz żalu ni skargi na szanownego prof. Janikowskiego i zarazem prof. Oettingera, w których nie tylko nie widzę moich przeciwników, ale i owszem uznaję swoich sprzymierzeńców w arcy ważnéj sprawie słownika, sądząc po duchu ogłoszonego wyjaśnienia. Właściwy *casus belli* stanowił najłagodniéj przez nas wypowiedziany, a całkiem usprawiedliwiony, zarzut, że komisyję terminologiczną składa 3, obecnie 2 członków. Że głośne to zaznaczenie na sucho nam nie przejdzie, wiedzieliśmy o tém dobrze że będzie reklamowaném, spodziewaliśmy się; wszelako czegośmy nie oczekiwali, to, że nasze trwożliwe o pomyślność słownika przypuszczenie będzie tak uspokajająco sprostowane przytoczeniem nazwisk tylu współpracowników. Przyznajemy, że drażliwe w téj sprawie sumienie nasze wielce uspokoiło już zapewnienie (pomieszczone w przedmowie do słowniczka psychijatrycznego), że wszystkie kartki słownika przegląda czcigodny prezes Majer; firma to najpierwszéj gildy, niczém niezachwianego śród licznych burz i krachów 50-letniego kredytu nauki, prawości i czystości stylu bez kwakierstwa! Serdecznie przepraszam szanownego Prezesa i czytelników za to porównanie kupieckie, które mi się nasunęło pomimo, że nie mam nic wspólnego z kupcami, chyba to, że czasem sprzedaję księgarzom zabazgrany papier (zwany rękopisem), na czém nawiasem mówiąc wychodzę zawsze najgorzéj. Współudział licznych kolegów i Prezesa Akademii nadaje pracy Komisyi niewątpliwie wiele powagi i znaczenia, choć z drugiéj strony przysłowie mówi: *la noblesse oblige*, mimoto przecież nie ujmuje to doniosłości naszemu zarzutowi, że praca ta nie była gremijalną, co w zasadzie zdaje nam się w téj sprawie warunkiem koniecznym, bez względu na to, że, jak się wyraża prof. Janikowski, pociąga za sobą „stratę czasu.“ Gdyby praca słownikowa odbywała się była sposobem gremijalnym, śród rozpraw, więcéj jawnie, byliby z pewnością znaleźli się koledzy, którzyby poparli arcy pożądany dla wszystkich zajmujących się sło-

wnictwem głos prof. Blumenstoka, który na posiedzeniu z dnia 15 października z. r. domagał się, żeby „przedewszystkiém zatrzymać to co jest i co się przyjęło a unikać ile możności tworzenia nowych wyrazów.“ Wyrażone w tym głosie zdanie jest zasadą tak ważną i rzec można kardynalną, że pod tym względem już lekarze warszawscy i słownictwo warszawskie musi stanowczo różnić się od krakowskiego, jeżeli zasadą tą kierować się nie będzie, a że się tak dzieje mamy na to dowody na każdéj stronnicy pism waszych i na słowniczku psychijatrycznym. Gdyby się trzymano powyższéj zasady, uniknęłoby się niepotrzebnego w słowniku pleonazmu, a co więcéj nowych wyrazów często niefortunnie pomyślanych lub sklejonych, rażących ucho polskiego czytelnika, jak np. zaczopowanie zamiast zatorowanie, sprawa zatorowa, wyrazu utworzonego ze słowa dobrze w całéj Polsce znanego i utartego, kiedy czop przypomina zawsze beczkę; wielki taniec Witowy, wyraz ani potrzebny ani stósowny zamiast używanego już „pląsawica ciężka“ albo „taniec św. Wita“, jeżeli koniecznie już mamy zachować nazwę biblijną; zadawka zamiast utartego „dawka;“ zabiegi terapeutyczne, w miejsce dawnego „wskazania;“ podudzie, kiedy mówiliśmy dotychczas „przedudzie;“ wywiady zamiast słowa „wywody“, używanego zawsze w praktyce sądowéj w znaczeniu „*anamnesis*;“ koniuszek serca zamiast „koniec serca“, czy to tak z grzeczności dla serca? bo przecież anatomiczna budowa organu ni zakończenie jego nie usprawiedliwiają takiego zdrobniałego wyrażenia; tor oddychania zamiast „rytm,“ kiedy słowo tor ani polskie (pochodzi z francuskiego tour) ani oddaje pojęcie rytmu (miary, miarowości porządkowéj), tylko bałamuci czytelnika, gdyż wyraża drogę twardą, ubitą, któréj metafora nie licuje z oddechem; ajtyjologija zamiast „etiologija;“ po co nam naruszać spokój obywateli prowincyj doryckich i jonickich, odnawiać ich spory fonetyczne dawno pogrzebane w niepamięci wiekowéj, kiedy cały świat (a Polacy na nim) używał i używa wygodniejszego brzmienia etiologija. Idąc torem, raczéj manowcem przez Was wskazanym, należałoby na téj saméj w zupełności zasadzie mówić i pisać: ajter (eter), Ajtyopia, ajstetyka (estetyka), hajmoroidy, chejrurgia itp., a dla czegoż tak nie piszecie?! Oto maleńki przykład, do czego prowadzi gwałtowna chęć puryfikowania.

Wytyka nam prof. Janikowski pominięcie słownika wydanego przez Drów Kremera i Skobla w r. 1868, podsuwając myśl, jakobyśmy „nie uznawali téj książki za godną wspomnienia.“ Przebóg! nigdy żadnéj książki nie lekceważymy sobie, bo wiemy, że każda jest owocem ciężkiéj pracy autora, tém mniéj moglibyśmy to uczynić z książką szanowanych przez nas autorów. Opuściliśmy ją w zarysie historycznym dla tego, że ona nie wchodziła do planu zarysu, który głównie odnosił się do prac słownikowych warszawskich, jakotéż że wspomnienie o słowniku z r. 1868, który jest pierwszym i jedynym ogólnolekarskim (poprzednie były anatomiczno fizyjologiczne) i podstawą prac teraźniejszych, zostawiliśmy sobie do następnego listu zapowiedzianego z góry. Słownik z r. 1868 jest prawdziwie wyobrażeniem owéj mytologicznéj Pandory przez Zeusa na świat zesłanéj, wyposażonéj we wszystkie wdzięki i powaby niewieście, ale zaopatrzonéj w puszkę, po otworzeniu któréj rozsypało się wszelakie złe po świecie. Słownik ten, opracowany zresztą starannie, stanowi zarazem kość niezgody pomiędzy słownictwem krakowskiém i warszawskiém, z powodu tego słownika właśnie obawiamy się bardzo, żeby wielce pożądana zgoda nie została znowu na szwank wystawioną, i słownik ten był i jest *causa movens* naszego żądania, żeby praca komisyi terminologicznéj poddaną była do przejrzenia Towarzystwom.

W opracowaniu rzeczonego słownika kierowano się oczywiście zamiarem, co najmniéj usiłowaniem przepolszczenia *coûte que coûte* wszystkich wyrazów terminologicznych lekarskich, bez względu na to, czy który z wyrazów obcych, np. greckich, łacińskich, francuskich przyswoił się już od dawna językowi polskiemu i pozyskał rzec można prawa obywatelstwa, lub nie? lub które pojęcie, chociażby dawniejsze da się wysłowić po polsku, lub nie? czy nazwa grecka przyjętą została przez świat lekarski całej Europy, lub nie? co nie polskie musiało być wyrugowane, chociażby z ujmą pojęcia naukowego, z uszczerbkiem dla ducha ojczystego języka, byle tylko nazwać to słowem z końcówką polską, odmienianém wedle polskich form gramatycznych! Zdaniu temu nawet prof. Janikowski zaprzeczyć nie może, gdyż opiera się ono na fakcie drukowanym, a takiemu to zamiarowi i usiłowaniu opieramy się otwarcie i stanowczo, co więcéj ośmielamy się nazwać to wprost szkodliwém dla języka i nauki, albowiem prowadzi do skażenia mowy ojczystéj i do zagmatwania pojęć lekarskich, nie przynosząc nikomu najmniejszéj korzyści. I nie może być inaczéj, gdyż usiłując przepolszczyć terminologię lekarską przez kilkuwiekowe użycie wyrobioną, choć nie zawsze logiczną, trzeba koniecznie wyrazy polskie, dotąd w inném znaczeniu używane, tak nakręcać, rozwijać, skracać lub przedłużać, żeby zachowując brzmienie źródłowe wyrażały myśl nową, narzuconą im lekarską, przyczém częstokroć zatraca wyraz swoją, że tak się wyrażę, polskość, a nie oddaje przecież pojęcia, które nim określić zamierzano.

Daleko gorzéj jeszcze dzieje się przy spolszczeniu pojęć, dla których odpowiedniego wyrazu w życiu codzienném nie posiadamy; wtedy to szuka się zbliżonego przynajmniéj źródłosłowu w naszym starym lub pobratymczym języku i modeluje się z niego całkiem dowolnym sposobem jakiś wyraz nowy, nie rzadko istny dziwoląg, który oprócz liter (rz, szcz, ń, ą, ę) nie ma nic wspólnego z językiem polskim, który w dodatku niczego nie wyraża, ponieważ język nasz treściwy, rzeczowy, plastyczny, w swych formach twardy, nie łatwy do połączeń, eliminacyi, skracania itp., jak np. grecki, nie nadaje się do wyrażenia pojęć ogółowych, oderwanych, jakich co krok potrzebujemy w medycynie; żaden zresztą język żyjący nie może być dowolnie tak łamanym, sztukowanym, przerabianym, jak to czynić zwykliśmy z martwym np. greckim i łacińskim. Z drugiéj strony lud żyjący, używający języka, nie da sobie narzucić wyrazu nikomu, żadnéj komisyi ani Akademii, on wyrabia sobie język sam, jak wyrobiły się zwroty i formy gramatyczne; nadto pomnożenie liczby wyrazów nowemi, niebywałemi słowami, nie stanowi bynajmniéj dla nas w téj chwili bogactwa języka, tém mniéj postępu w nauce. Tworzeniu nowych wyrazów zarzucić musimy jeszcze to, że w ostatnich zwłaszcza latach przeważa w Krakowie szkoła wiedeńska i przerabiają się żywcem słowa z kopyta niemieckiego na polskie, kiedy odwieczne doświadczenie uczy, że język nasz psuje się zawsze i najbardziéj pod wpływem germanizmu.

Na poparcie zarzutów czynionych słownikowi z r. 1868 i obecnie opracowywanemu (wnosząc z części psychijatrycznéj) przytaczamy kilka przykładów wyjętych z terminologii

krakowskiéj, które choć w części może zdołają przekonać czytelników o prawdziwości słów naszych:

Samozmaza, wyraz niezgrabnie utworzony prosto z niemieckiego Selbstbefleckung, w dodatku nie potrzebny, gdyż jest dawniejszy, odpowiedniejszy samołóztwo, samołożnik, jeżeli koniecznie wyrzucić chcemy Onanija; nocobłąd, słowo nielitościwie rażące polskie ucho, przepolszczone gwałtem z niemieckiego Nachtwandel, podobnie jak sennowłóctwo z łacińskiego, kiedy ambulare nie znaczy przecież włóczyć się! Cóż dopiero powiedzieć o księżyczniku, wyrazie wyjętym z Mrongowiusza słownika, w którym mieści się jako *„veraltet, unbekannt.“* Tą drogą postępując, z czém nadto licują dziwolągi: śledziennik i macinniczka, dojdziemy do tego, że chorych na żołądek, serce, płuca nazywać będziemy: żołądecznikiem, serdecznikiem, płucnikiem a słonecznikiem tego, który choruje od insolacyi! gdy tymczasem choroby: hipochondryja, histeryja, lunatyzm bardzo często nie mają nic wspólnego ze śledzioną, macicą, księżycem. Czy nie lepiéj by więc było pozostać przy znanych powszechnie wyrazach: lunatyzm, lunatyk, lunatyczka, ile że są utarte a w użyciu wygodne, i tak samo postąpić z niewinną histeryją, hipochondryją. Nazwa Obłąkaniec proponowana dla oznaczenia lekarza, czy domu obłąkanych należy wedle naszego zdania (a zapewne i wszystkich nieuprzedzonych) do rzędu wyrazów najdziwaczniejszych i najniepotrzebniejszych, kiedy mamy odpowiednie i dla wszystkich zrozumiałe na to słowa.

Czerwonka, wyraz zapożyczony od Marcina Siennika i Reja, którzy nim nazwali biegunkę krwawą, nie może żadnym sposobem oznaczać choroby znanéj pod imieniem dysenteria w dzisiejszém pojęciu, a przecież, tworząc dziś nowy wyraz, należy stosować go do pojęcia naukowego, jakie nim określić mamy, a nie cofać się do nauki 16go wieku, tém bardziéj, że Siennik ani Rej w téj sprawie nie mogą być dla nas powagą.

Dur, słowo dawno z języka wyrugowane, służyło do oznaczenia szału *furor*, wzięte z rosyjskiego (dur, durak, duraczit'), podobnie także durować = błaznować v. szaleć, poczém pozostały słowa bzdurzyć, bzdurstwo, dureń, durny, pierwszy raz przez śp. Malcza użyte, nie oddaje bynajmniéj greckiego tyfos (zamgleć, odjąć zmysły) i nie odpowiada wcale chorobie tyfusowéj, w któréj nikt nie jest durnym, chociaż bywa odurzonym. To samo tyczy się słowa durzycy, która przynajmniéj ma zakończenie odpowiedniejsze dla terminologii lekarskiéj (jak zimnica, błonica, gruźlica). Grecka nazwa tyfus tak się upowszechniła między publicznością, że przenosilibyśmy ją nad swojskie, niesmaczne.

Udar, słowo ukute, nigdy nie używane, i nic nie wyrażające, boć w apopleksyi nic i nikt nikogo nie uderza, chyba samo słowo czytającego.

Kiła; słowo greckie (kele) służyło zawsze w dawnéj Polsce do oznaczenia przepukliny (wypukliny = *hernia*) i dziś w Galicyi w tém znaczeniu używane, przybiera u niektórych znaczenie choroby syfilitycznéj chyba dla tego, że tak podobało się Syrenijuszowi nazwać ją w Zielniku.

Przymiot, słowo z języka starosławiańskiego, cerkiewnego: primetaju=przyrzucać się) najwyraźniéj określone w znaczeniu choroby zaraźliwéj, jak świadczy Linde: „przymiot, przymiotna choroba, epidemija, przymiotająca się niemoc, przyrzut, przyrzutna choroba, *eine epidemische Krankheit*,“ i Mączyński, „przymietająca się niemoc, przyrzucająca się od drugiego, *contagiosus morbus*.“ (*Lex. latin. pol.* 1564). Tak samo używał go Czacki (Grutinius pisał w polskim języku dzieło przymiot czyli o chorobie zaraźliwéj), Syxtus (z przymiotu dworskiego (*contagio*) ropa przez *pendent* ciecze), Erasm (wrzód, który francą zowią, jest tak przymiotny etc.), Syrenijusz (gnilec, choroba ta bywa i przymiotna, jak inne zarażające choroby). Sam Oczko nawet używa tego słowa oczywiście tylko w znaczeniu zaraźliwości (przymiot, aza go nie z jednego nierządnego z plugawą zejścia zaraz oberwać może?), gdyż w owym czasie wszyscy nazywali syfilis francą, lub chorobą dworską.

Z uwagi na to, cośmy powiedzieli, niemniej na dwa inne znaczenia słowa „przymiot“ (przypadłość, znak choroby i własność w ogóle dobrego rodzaju), używamy na oznaczenie choroby syfilitycznéj wyrazu „przymiotnica“ dla rozróżnienia od niesyfilitycznéj choroby wenerycznéj.

Wiewiór, słowo całkiem nieznane; Wacł. Potocki oznacza niém słusznie samca wiewiórki; zkąd poszło, że nazywacie nim trypra? nikt zapewne nie wie, przynajmniéj w żadnym słowniku tego nie znachodzę, a że przytém wyraz niezgrabny, żadnego nie daje wyobrażenia o chorobie i ma inne właściwe znaczenie w zoologii, winien być z terminologii wyrzucony.

Uklej, słowo wymyślone, nie swojskie, dla oznaczenia polipa (podobnie jak niegdyś krakacica!!) nie ma żadnéj podstawy, gdyż ukléj (z niem. *die Ukeley*), w zoologii Kluka, znaczy małą rybkę (*Weissfisch*).

Do rzędu takichże wyrazów źle pomyślanych lub sformowanych należą: czujnia, krztusiec, pożywka, rumień, cukrzyca, prącie (=witki, drobne rózgi do plecenia koszy, *Korbgerten*), strzeniowstręt i mnóstwo innych, których wyliczać ani rozbierać nie mamy potrzeby w tém miejscu.

W naszém przekonaniu, które podziela niewątpliwie ogromna większość lekarzy tutejszych (o czém wiemy z tego, że przez lat 25 mamy zawsze czynny w téj sprawie udział) a zapewne także znaczna liczba galicyjskich i poznańskich (chociaż w milczeniu), zadanie komisyi terminologicznéj polega na: ułatwieniu wyrażenia pojęć lekarskich językiem ojczystym dla piszących i czytających dzieła polskie; wyrugowaniu z literatury naszéj nazw obcych, mianowicie nowożytnych, przez podstawienie wyrazów swojskich znanych i w témże znaczeniu używanych lub w przybliżeniu istotę rzeczy lekarskiéj oddających, a to dla uniknienia pstrokacizny stylu, jaka panowała w 17 i 18 wieku w literaturze naszéj; na wyszukaniu w starym polskim języku wyrazów, które niegdyś w tém samém lub zbliżoném znaczeniu używane, później zaniedbane zostały (z upadkiem nauk w kraju), dla przyswojenia ich rozwijającéj się obecnie literaturze lekarskiéj; — na ujednostajnieniu słownictwa, które dotychczas przez każdego piszącego z osobna, samowolnie tworzoném i zarzucaném bywa wyrazami częstokroć niewłaściwemi, duchowi języka nieodpowiadającemi, przez co kazi się język, spacza pojęcie i utrudnia zrozumienie rzeczy. Rozrzucone piśmiennictwo nasze uprawiane przez ludzi w różnych kierunkach i śród różnych warunków kształconych potrzebuje koniecznie jakiéjś jednéj miary, stopy czy bussoli, którąby się wszyscy zarówno w téj zawiłéj sprawie kierować mogli, albowiem wszyscy dążymy do jednego celu. Nie nowych zatém, wyszukanych, ale jednostajnych wyrazów potrzeba dla naszego piśmiennictwa, abyśmy się po prostu zrozumieć mogli, co dotąd jest bardzo trudném.

W ostatecznym dopiero razie, jeżeli nie ma odpowie-

dniego wyrazu w języku tegoczesnym ani dawniejszym polskim, a gdy wyraz obcy nowożytny (francuski, niemiecki etc.) nie może być ze względów lingwistycznych używany w polskim, w takim przypadku, ale tylko w takim, może komisyja uciec się do utworzenia nowego słowa, z tém jednak zastrzeżeniem, żeby to słowo odpowiadało w zupełności formom gramatycznym, fonetycznym, etymologicznym języka ojczystego, i oddawało dokładnie i zrozumiale myśl naukową wyrazić się niém mającą. Wyrazy naukowe greckie lub łacińskie utarte w naszym języku przez kilkuwiekowe użycie, przyjęte przez inne narody, powinny być zachowane, pamiętając o tém, że nie obcy wyraz ale cudzoziemski szyk wyrazów kala język.

Co się tyczy nakoniec straty czasu, któraby wyniknęła z przesyłania kartek słownikowych do Towarzystw lekarskich, jak tego żądałem w ostatnim liście, muszę znowu powtórzyć prof. Janikowskiemu, że w naszém i tutejszych kolegów przekonaniu nie zależy wcale na przyspieszeniu o parę miesięcy wydania słownika, ale tylko na tém, aby praca była dobrą, skończoną, ułożoną za współdziałaniem wszystkich kolegów, którzy w téj sprawie pracują i nią się zajmują. My pragniemy, żeby praca niewątpliwie ciężka i żmudna komisyi, przyniosła rzeczywistą trwałą korzyść dla kraju i literatury, domagamy się tego oceniając właśnie poświęcenie członków komisyi i tylu innych zacnych kolegów, którzy do zbudowania tego dzieła tak bardzo ważnego przyczynili się. Można przecież odbić jeden egzemplarz (zachowując go złożonym w drukarni) albo część jego i przesłać równocześnie lub częściami do trzech towarzystw, a wtedy i czasu straci się nie wiele i rzecz będzie zrobioną dokładnie, czego wszyscy gorąco pragną.

Przyjm szanowny kolego szczere pozdrowienie

Prof. Dr. Łuczkiewicz.

List z Tyflisu.

Czcigodny Panie Profesorze!

Z korzyścią czytając Przegląd Lekarski, zostający pod Jego światłą redakcyją, spotkałem się z przyjemnością z wyjątkami z dzieł Hippokrata, podanemi przez prof. Oettingera. W Nrze 2 rb. znalazłem opis Fazydy, dzisiejszego porzecza Rionu. Będąc od dawna obznajomionym z tą częścią Kaukazu, znajduję, że opis podany przez Hippokrata jest bardzo dokładny pod każdym względem, szczególniéj co do ujścia Rionu; wyjąwszy to, że dzisiejsi mieszkańcy tego porzecza: Imeretyńcy, Mingrelcy czyli Mingrelowie są kształtni, wysmukli, chudzi. Oni wcale nie odznaczają się taką otyłością, jak to podaje Hippokrat. Czy nie tyczy się ten opis osób cierpiących na wodną puchlinę brzucha i zaskórną *(ascites, anasarca)* po zimnicach tam ciężkich, złośliwych i stale panujących? Chorych z następstwami po téj ciężkiéj chorobie łatwo tam napotkać i dziś pomimo rozpowszechnionego użycia chininu. O dzisiejszych mieszkańcach téj okolicy nie można powiedzieć, że oni mówią grubym głosem, ale w ogóle mówią bardzo głośno; są hałaśliwi, krzykliwi, czém się w ogóle odznaczają krajowcy.

W tekscie napotykam: „sama Fazys ze wszystkich rzek jest najleniwszą, płynie najwolniéj.“ W przypisku zaś znajdujemy: „Rzeka Fazys, dzisiejszy Riom, znana jest z bystrego swego a więc nie leniwego, jak podaje Hippokrat biegu.“ Prawdopodobnie jest to pomyłka druku, że ta rzeka nazwąna Riomem, a nie Rionem, jak się właściwie zowie. Co do określenia rzeczywistéj bystrości téj rzeki podam następne dane, uzyskane przez niwelacyję i wymiary tryangulacyjne.

Podług niwelacyi dokonanéj przy budowie kolei żelaznéj Poti-Tyfliskiéj, leżącéj z prawéj strony Rionu, wypada, że różnica poziomu Poti i miasteczka Orpiry, odległych od siebie o 80 wiorst, wynosi 75 stóp, a więc spadek prawie stopę na wiorstę, czyli 0,00026. Dla rzek europejskich jest to rzeczywiście spadek znaczny, ale w porównaniu z bystrością rzek Małéj Azyi, jest mały. Dziś jeszcze przez Hippokrata wspomniane wyżłobione czółna, przez krajowców dziś Kajukami zwane, podnoszą się po za Orpirę wyżéj.

Oto dane tryangulacyjne:

Wioska Gebi 55 od źródłowisk Rionu, wysokość po nad poziom m. 4539 stóp, spadek na jednę wiorstę 0,00179, odległość w wiorstach 28. Miasteczko Orpi, wysokość po nad poziom m. 2450 stóp, spadek na jednę wiorstę 0,00075 stóp, odległość w wiorstach 83. Katais, wysokość po nad poziom m. 670 stóp, spadek na jednę wiorstę 0,00030 stóp, odległość w wiorstach 56. Orpiry (ujście rzeki Coheni-Cohale), wysokość po nad poziom m. 45 stóp, spadek na jednę wiorstę 0,000181 stóp, odległość w wiorstach 68 Bati wysokość po nad poziomem 0. Dane tryangulacyjne dolin zwykle są mniéj dokładne, ztąd i różnica między cyframi podanemi przez niwelacyję i przez tryangulacyję.

Zaliczam siebie do tych czytelników Przeglądu, którzy z największą przyjemnością czytają wyjątki z Hippokrata, i o Hippokracie podaną uczoną rozprawę prof. Oettingera.

Racz, Czcigodny Panie Redaktorze, przyjąć najserdeczniejsze pozdrowienie i zapewnienie szczerych uczuć szacunku najżyczliwszego kolegi *Dr. Jana Minkiewicza* naczelnego chirurga armii kaukazkiéj.

Tyflis, 7 kwietnia 1880. Kaukaz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

K. Gr. W tych dniach rozesłano siódme sprawozdanie komitetu Towarzystwa Opieki szpitalnéj dla dzieci z r 1879; wyjmujemy zniego niektóre szczegóły: W ciągu r. 1879 leczono w szpitalu dzieci 576, ambulatoryjnie 1443, zaszczepiono 29. Z liczby 576 leczonych w szpitalu było 296 chłopców, a 280 dziewcząt. Co do wyniku leczenia to opuściło szpital uleczonych chł. 151, dziew. 119, z polepszeniem 38 chł. a 41 dziew., nie uleczonych 13 chł. a 9 dziew; umarło 59 chł. a 82 dziew., nakoniec 35 chł. a 29 dziew. pozostało w szpitalu na rok 1880. Z liczby 141 dzieci zmarłych odciągnąwszy 12, które już w chwili konania do szpitala przyniesiono, okaże się iż zmarło 129 co stanowi 25·19% liczby 512 właściwie leczonych, jaka powstaje po odciągnięciu liczby pozostałych na r. 1880 od ogólnéj liczby leczonych 576. Do sprawozdania dodano bardzo szczegółowy wykaz chorób leczonych stale i ambulatoryjnie z rozdziałem na pojedyńcze miesiące. Najciekawsze pod względem lekarskim są uwagi dodatkowe do powyższego wykazu; brak miejsca nie pozwala nam jednakowoż wchodzić w bliższy ich rozbiór. Z dodanego również wykazu administracyjnego wyjmujemy następne szczegóły: 576 chorych potrzebowało 20.684 dni leczenia, ztąd wynika, że jeden chory pozostawał 35 do 36 dni. Dziennie bywało w szpitalu w przecięciu 56 do 57 dzieci. Ponieważ utrzymanie szpitalu w r. 1879 kosztowało 13.258 złr. 87 ct., a chorzy przebyli 20.684 dni leczenia, przeto przeciętny wydatek dzienny na jednego chorego wynosił 64 ct., a gdy każdy chory spędzał w szpitalu przeciętnie 35·9 dni, przeto koszta całkowite leczenia jednego chorego dochodziły do 23 złr. 1 ct. Sprawozdanie to chlubnie świadczy o usiłowa-

niach komitetu, aby instytucyja tak dobroczynna coraz bardziéj się rozszerzała.

* Według *Lunacy Blue Books* w Anglii w d. 1 stycznia 1878 było chorych na umyśle 68.538, a 1 stycznia 1879 chorych 69,885, a więc o 1347 więcéj. W r. 1859 przypadł 1 chory na umyśle na 535 mieszkańców, w r. 1869 na 418, w r. 1878 przyjęto w ogóle 15,102 obłąkanych, z których wyzdrowiało 5,332, a umarło 4715 (20 z własnéj ręki). — W Szkocyi zapisano 1 stycznia 1879 r. obłąkanych 9386 (272 więcéj niż w r. 1878). Od r. 1858 liczba obłąkanych wzmogła się o 61 % przy wzroście ludności o 19 %. W r. 1858 przypadł 1 obłąkany na 523 mieszkańców, w r. 1879 na 392, wyzdrowiało 40 %, a umarło 9·7 % przyjętych. — W Irlandyi w d. 1 stycznia 1878 było w zakładach 12,585 obłąkanych (o 205 więcéj niż w r. 1877), na 400 mieszkańców przypadł 1 obłąkany. W r. 1878 umarło 7 3/4 % (2 z własnéj ręki).

Statystyka epidemij. W tygodniu 14 ospa w Londynie bardziéj się rozszerzyła. Umarło 9, leczyło się w szpitalach 191, świéżo zmarło 47. Także i w Bukareszcie umarło nieco więcéj bo 23, w Tryjeście i Aleksandryi po 5, w Wiedniu 10, w Buda-Peszcie 5, w Pradze 6, w Petersburgu 4, w Paryżu 45. Mniéj zmierało z durzycy. W Paryżu 57, w Petersburgu 49. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 52, w Londynie 53, w Berlinie 15. Z krztuścu umiera więcéj w Londynie, i w większych miastach angielskich.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 14 umarło na 1000 mieszk. i rok w Krakowie 48,2; we Lwowie 55,5; w Warszawie 37,4; w Poznaniu 26,9; w Wiedniu 35,5; w Budapeszcie 39,5; w Pradze 46,2; w Tryjeście 40,1; w Bazylei 41,8; w Berlinie 25,7; w Wrocławiu 33,7; w Dreźnie 26,5; w Monachijum 36,9; w Lipsku 28,6; w Brukseli 26,1; w Londynie 24.7; w Paryżu 29,8; w Kopenhadze 25,6; w Stokholmie 26,8; w Chrystyjanii 17,4; w Petersburgu 56,1; w Odesie 37,7; w Rzymie 41,4; w Wenecyi 36,6; w Bukareszcie 48,9; w Barcelonie 29,8; w Aleksandryi 38,3; w Bombayu 42,4; w Madrasie 37,3. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 kwietnia. N. Pan zamianował docenta prywatnego Dra Tadeusza Browicza nadzwyczajnym profesorem anatomii patologicznéj w Uniw. Jagiell.

* **Berlin.** Członkami nadzwyczajnymi urzędu zdrowotnego niemieckiego mianowani zostali: Kersandt, Kehler, prof. Hoffmann, prof. Lewin w Berlinie, prof. Bockendahl w Kielu, Dr. Pistor w Opolu, prof. Jaffé w Królewcu, Dr. Koch w Poznańskiém, Dr. Miquel starszy burmistrz w Frankfurcie n./M., Dr. Varrentrap tamże, Dr. Zinn w Eberswalde, Dr. Lent w Kolonii, prof. Pettenkofer i burmistrz Erhardt w Monachijum, budowniczy Zenetti tamże, Dr. Reinhardt w Dreźnie, Dr. Koch w Stutgarcie, Dr. Volz w Karlsruhe, Dr. Peiffer tamże, aptekarz Dr. Brunnengräber w Rostoku, prof. Reichardt w Jenie, Dr. Kraus w Hamburgu i radca rządowy Köhler w Berlinie.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Sury-Bienz habilitował się jako docent medycyny sądowéj w Bazylei.

* **Nekrologija.** We Lwowie umarł Dr. Kolischer, prymaryjusz w szpitalu izraelickim. — W Paryżu umarł Dr. Hutin.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 9: Dogiela: Przyczynek do nauki o działaniu arsenu na organizm zwierzęcy. — W *Medycynie* Nr. 16: Blumenstoka: Opinija sądowolekarska w sprawie wątpliwego życia noworodka. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 16: Pacanowskiego: Tumor abdominis [et Graviditas. Laparo-hysterotomia (z kliniki terapeutycznéj i położniczéj); sprawozdanie lekarskie z Buska.

Redakcyja otrzymała:

Dr. E. H. KISCH: Marienbad in der Cursaison 1879 nebst einigen casuist. Mittheilungen, Prag 1880, in 8vo str. 8.

Prof. Dr. H. COHN (we Wrocławiu): Das Verschwinden der Farbenblindheit beim Erwärmen eines Auges. (Osobne odbicie z *D. med. Woch.* 1880, Nr. 16), in 8vo str. 4.

Piśmiennictwo lekarskie. KÜCHENMEISTER F. u. F. A. ZÜRN Die Parasiten d. Menschen. 2. Aufl. 2. Lfg. 1. Abth. M. 3 Tfln. u. Holzschn. gr. 8. Leipzig, Abel. M. 6.

LANCEREAUX E. Distribution géograph. de la phthisie pulmonaire. 8. Paris, Delahaye. Fr. 1½.

MARTINEZ. De la pleurésie interlobaire suppurée. 8. Paris, Delahaye. Fr. 2½.

MURCHISON Ch. On Functional Derangement of the Liver. 2. ed. 8. London, Smith and Elder. sh. 5.

PETRESCO Z. Mémoire sur l'épidémie de Peste du gouvernem. l'Astrakan. Bucuresci, Socec, Sander et Teclu. M. 1·50.

PORT J. A. Cours de médecine operatoire. Av. 97. fig. 18 Paris, Delahaye. Fr. 6.

RIANT A. Hygiène scolaire; influence de l'ecole s. l. santé des enfants. 4. éd. av. 80. fig. 18. Paris, Hachette et Co. Fr. 3½.

SAMELSON B. Die Selbstverdauung d. Magens. gr. 8. Jena, Fischer. M. 80.

SECOND P. Recherches cliniques et experimentales s. les epanchements sanguins du genou entorsé. 8. Paris, Delahaye. Fr. 3.

Sprostowanie. W Nrze 16tym na str. 15 w szpalcie prawéj w przemówieniu Dra Domańskiego zamiast: jeżeli ostatnia jest chorobą infekcyjną, natenczas itd., powinno być: „ponieważ ostatnia jest chorobą infekcyjną, przeto" itd.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie w poniedziałek d. 26 kwietnia o godzinie 5éj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém: 1) przedstawioną zostanie do rozwiązania kwestyja dotycząca stanowiska lekarzy zdrojowych; 2) odczytaném będzie Dra Szczepańskiego: Sprawozdanie z pory zdrojowéj r. 1879 w Żegiestowie. 3) Dr. Skórczewski odczyta rzecz o wyborze pożywienia podczas leczenia zdrojowego.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. K. w Warszawie: Na list szan Kolegi odpisze Dr. G.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 1 maja 1880. № 18. Rok XIX.

TREŚĆ: I. SZEPAROWICZ. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj. 5. Kazuistyka chirurgiczna krtani. *c)* Uwagi nad mechaniczném leczeniem cieśni krtaniowéj *(Laryngostenosis)* i kazuistyka. (C. d.).— II. SERKOWSKI. O niektórych objawach przedgorączkowych i ich leczeniu — III. *Oceny i sprawozdania*: VIRCHOW: O perlicy zwierząt domowych i możności przenoszenia jéj za pośrednictwem pokarmów. (Dok.) LESSER. — *Wiadomości pomniejsze*. — IV. *Odcinek:* ROSNER. List otwarty do prymaryjusza Dra Chądzyńskiego we Lwowie. — JANIKOWSKI. List w sprawie słownika lekarskiego. — V. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

(Ciąg dalszy artykułów z r. 1878 i 1879).

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurgicznego we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

(Ciąg dalszy. Przegląd Lekarski 1879 Nr. 1—7 i Nr. 14—16).

c) Uwagi nad mechaniczném leczeniem cieśni krtaniowéj (*Laryngostenosis)* i kazuistyka.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

9ty przypadek. Ponieważ ten przypadek jest 5tym przypadkiem tyreotomii przezemnie wykonanéj, a jeszcze nie został ogłoszony, przeto pozwolą szan. Czytelnicy, że nawiązując go do mojéj kazuistyki z zakresu tyreotomii ogłoszonéj w Przegl. Lek. 1879 N. 1—7 opiszę go szczegółowo od samego początku.

Władysław Szust, lat 14, uczeń stolarski, przybył na mój oddział 6 marca 1879 r. z bezgłosem i zadyszką datując swoję chorobę od jesieni 1878 bez wiadoméj sobie przyczyny. Stan ogólny: odżywienie mierne, żadnych śladów skrofulozy, ani grużlicy ani kiły; niedokrewność dość znaczna. Choroba rozpoczęła się od chrypki, a w ostatnich dwóch miesiącach doznaje chory trudności w oddychaniu. Obraz wziernikowy: Wyrostki brodawkowe *(papillomata)* wychodzące z wszystkich ścian krtani a mianowicie z więzadeł rzekomych; obrzęk i powierzchowne płytkie owrzodzenie górnego brzegu nakrywki; płaskie, białe a gładkie blizny na tylnéj ścianie połyku. Celem przygotowania chorego do operacyi śródkrtaniowéj polecono codzienne wziernikowanie i wprowadzanie zgłębnika do krtani. Z początku napotykało się na znaczną drażliwość chorego; ćwiczenia trwały od 13 marca do 4go kwietnia. W dniu 4 kwietnia wyjąłem przy pomocy wziernika około 10 kawałków, a niektóre sporéj wielkości, nowotworu za pomocą gilotynki a częściowo za pomocą szczypców uklejowych Tobolda; poczém oddech stał się swobodnym. Bezpośrednio po rękoczynie stwierdziłem wziernikiem już nie zygzakowatą lecz owalną szparę oddechową; wprawdzie pozostały jeszcze wyrostki lecz płaskie i rozlane nie kwalifikujące się do operacyi; polecono wdmuchiwania *ex alumine usto* i wykonywano takowe od 7 kwietnia do 22 kwietnia; skonstatowałem wziernikiem, że wrzód na górnym brzegu nakrywki postąpił bardzo znacznie w głąb tak, że ubyt nakrywki już wyraźnie zaznaczony; wrzód nieczysty nieregularnych kształtów, o wyrostkach ziarninowych u brzegów dokoła; pomazałem go 6% rozczynem azotanu srebrowego i przepisałem *kali hydrojod. interne*, 0,50 na dzień. Takie pomazywanie uskuteczniano codziennie, późniéj co drugi dzień, potęgując stopniowo rozczyn aż do 20% od 22 kwietnia do 25 czerwca; równocześnie stósowano takie same pomazywanie i na wnętrze krtani. Jodku potasu używał chory w powyższéj dawce z małemi przerwami do 20 czerwca.

20 maja drugie posiedzenie operacyjne; wyjąłem znów dużo guzków brodawkowych przy pomocy wziernika, gilotynki Störka i szczypców Tobolda.

31/5 jedna połowa wrzodu na nakrywce wygojona; natomiast druga połowa postąpiła bardziéj ku prawéj stronie, tak, że wrzód przedstawia jeszcze następujące rozmiary: około ½ cm. od prawego boku do lewego, około ¼ cm. od przodu ku tyłowi, a około 2—3 mm. głębokości, brzegi nieregularne, dno nieczyste.

Po bardzo dokładném rozważeniu stanu rzeczy a mianowicie uwzględniając rozległość brodawczaków, które bardziéj sprawiały wrażenie jednostajnego zwyrodnienia brodawczakowatego błony śluzowéj, aniżeli pojedyńczych guzków, następnie głębokie sięganie nowotworu na dół poniżéj strun głosowych, i ciągłe nawroty po rękoczynach śródkrtaniowych, słaby zaś wpływ na nie tak pomazywań azotanem srebrowym, jakoteż ałunem, postanowiłem wykonać cięcie tarczykowe i dokładnie wyniszczyć nowotwór. 29 czerwca: *Tyreo-tracheotomia* według metody opisanéj przezemnie w cytowanéj mojéj rozprawie z r. 1879 bez poprzedzającéj tracheotomii i bez narkozy. Nowotwór wypełniał całą krtań, wychodził także z tylnéj powierzchni nakrywki, i sięgał w tchawicę aż do 4éj chrząstki. Uskuteczniłem więc długie cięcie w odstępach

przedłużając pierwotne w miarę potrzeby od górnego brzegu tarczykowego na wskróś przez *isthmus gl. thyreoideae* aż do 4téj chrząstki tchawiczéj. Wyciąłem nożyczkami wszystkie wyrostki dokładnie, nadto wyłyżeczkowałem nowotwór z jam Morgagniego malutką łyżeczką Brunsową, a w końcu poprzyżegałem należycie całe wnętrze krtani i tchawicy *cum ferro sesquichlor.*; pod koniec włożyłem kaniulkę; *sutura parachondrica laryngis*, i wytamponowałem ranę gazą Listrową. Przebieg po operacyi bez powikłania, tylko raz tp. 38·5 (w trzecim dniu.) Podczas gojenia téj rany popadłem sam ponownie w chorobę, tak, że nie byłem świadkiem przebiegu gojenia. Po objęciu moich obowiązków szpitalnych skonstatowałem 4 października: Wrzód na nakrywce wygojony; nakrywka zaś sprawia wrażenie, jakby miała dwa rogi, znaczny obrzęk więzadeł rzekomych, drożność=0, przytém bezgłos. Zewnętrznie na szyi zupełne wygojenie z wyjątkiem otworu dla kaniuli. Chrząstki tarczykowe w należytém wzajemném ułożeniu i zespoleniu. Przeprowadziłem cewnik el. N. 6, a po nim rurkę Schröttera N. 1. 21/10 rurka N. 2; 23/10 N. 3; 25/10 N. 4; 26/10 N. 5, ten numer codziennie. Od 1/11 N. 6, codziennie; 9/11 N. 7.

19/11 obraz wziernikowy: na nakrywce blizna w miejscu byłego wrzodu; struny głosowe nie wyraźne, jakby dwa mięsne fałdy; szpara oddechowa dość obszerna, głos chrypliwy atoli dość wyraźny; oddech dość pełny.

Aż do 7 grudnia codziennie wprowadzano rurkę N. 7 z małemi przerwami, 7/12 N. 8 z pewną trudnością. Na drugi dzień znaczna reakcyja: ból, obrzęk, zaczerwienienie; 16/12 skutkiem codziennego wprowadzania numeru 8 powstał tak znaczny obrzęk, że drożność krtani została zredukowaną do zera, a głos stał się nader cichy; dreszcze, gorączka, poty, osłabienie; odtąd odpoczynek aż do 7/1 1880 r., kiedy musiałem rozpocząć od Numeru 1go i w jedném posiedzeniu doprowadziłem do Nru 6.

Od 29 stycznia zacząłem wprowadzać świeczki cynowe, a mianowicie zacząłem od Nru 14, który chory utrzymał przez 24 godzin.

1/2 obraz wziernikowy: obrzęk, zaczerwienienie, szpara oddechowa kolista, otwór ku przodowi, z tyłu stykają się obrzękłe struny; tętno przyspieszone, słabe, dreszcze, gorączka, poty; w płucach stan prawidłowy. Odpoczynek do 13/2, świeczka Nr. 14; szpara oddechowa obszerniejsza, podłużna, zaczerwienienie i obrzęk mniejsze, drożność lepsza.

14/2 znów dreszcze i inne przypady reakcyi.

9/3 wypuściłem chorego z poleceniem, ażeby po kilku miesiącach odpoczynku powrócił do dalszego leczenia. W tym przypadku muszę sam siebie oskarżyć, że za mało przestrzegałem zasady cierpliwości i wytrwałości; częstokroć nawet dawałem się pociągać do energicznego kroczenia naprzód w uprzedzeniu, że chory, któremu całe postępowanie niemiłe, w znacznéj części udaje chorobę! Numer 7my rurek Schröttera u tak młodego chłopca świadczy, że byłem już niedaleko kresu kuracyi; należało tylko wytrwać przy tym numerze, a nawet go nie przekraczać! Ponieważ atoli doświadczenie wielokrotne mnie pouczyło, że nawet po znacznych reakcyjach, jeżeli się choremu da dostateczny odpoczynek, raz uzyskany skutek zostaje znów przywrócony, co i Schrötter stwierdza; przeto tuszę, że po kilkumiesięcznym odpoczynku nie będzie potrzeby rozpoczynać na nowo dotychczasowéj mozolnéj pracy.

Zanim przystąpię do dalszego ciągu mojéj kazuistyki niech mi będzie wolno do dwóch ostatnich przypadków nawiązać jeszcze jednę uwagę, a mianowicie tyczącą się tyreotomii. Oba te przypadki mogłyby przeciwnikom tyreotomii podać broń przeciw téj operacyi. Atoli w mojém przekonaniu nie czynią one ujmy tyreotomii. W pierwszym z nich bowiem (8my przyp.) było już arcytrudném zadaniem zdjąć częściowy obraz wziernikowy krtani z powodu niesłychanie niekorzystnych warunków fizycznych u tego chorego, jak to w mojéj cytowanéj rozprawce z r. 1879 zaznaczyłem, a o czém tutejsi koledzy mieli sposobność przekonać się, kiedy chorego przedstawiłem w Towarzystwie lek. przed tyreotomiją; tém mniéj więc mogła być mowa o operacyi śródkrtaniowéj, zwłaszcza ponieważ nowotwór miał szeroką podstawę i był rozsiany. W drugim przypadku (9ty przyp.) poprzedzały kilkakrotne usiłowania śródkrtaniowe, w obec rozległości nowotworu jednak tylko tyreotomija mogła być uważaną za metodę racyjonalną!

10ty przypadek: Dziewczynka lat 6 zamieszkała we Lwowie. W roku 1878 wykonał Dr. Mehrer tracheotomiję z powodu groźnéj cieśni krtaniowéj, która stopniowo i zwolna od roku się rozwijała. Kolega M. nie wziernikował przed tracheotomiją z powodu nagłości przypadów, a późniéj skonstatował tylko obrzęk krtani i zaczerwienienie, które nie dało się usunąć żadnemi środkami zwyczajnie w takich przypadkach używanemi. W 10 miesięcy po tracheotomii dowiedziałem się przy sposobności innéj tracheotomii w domu prywatnym o tym przypadku od samego kolegi M. i uprosiłem go ażeby przysłał dziecko z matką do mnie. I tak się téż stało. W roku ubiegłym z początkiem lata badałem to dziecko wziernikiem. Oprócz ogromnego obrzęku i zaczerwienienia więzadeł rzekomych nie podobno było poniżéj zajrzeć. Wprowadziłem więc cewnik elastyczny Nr. 6 i kilka grubszych a bezpośrednio potém rurkę Schröttera Nr. 1. W okienkach rurki spostrzegłem po wyjęciu kilka brodaweczek zerwanych, rozpoznanie więc było nie trudne; a nawet bezpośrednio potém mogłem już i wziernikiem skonstatować wyrostki brodawkowe na strunach głosowych; w ciągu dalszego leczenia użyłem stopniowo rurki Nr. 2, 3 i 4ty, a kiedy w ten sposób utorowałem drogę, wydobyłem za pomocą gilotynki Störka sporą ilość kawałków nowotworu. Jednakże nie było ich tyle, ażeby ilość ich tłumaczyła tak znaczną cieśń krtaniową; ta ostatnia była wynikiem obu czynników, to jest nowotworu i znacznego zapalnego obrzęku więzadeł. Po 3 tygodniowém trwaniu mechanicznego leczenia oraz po kilkakrotnie powtarzaném śródkrtaniowém wydobyciu nowotworu i przyżeganiu roczynem azotanu srebra, usunąłem kaniulę tchawiczą, przetoka wygoiła się szybko i dziecko było odtąd zdrowe. Około 2 miesięcy późniéj dostało ono znów przypadów cieśni i znów odbyłem kilka posiedzeń rozszerzania krtani za pomocą rurek (Nr. 2, 3 i 4) jakotéż wydobyłem nawrotne brodaweczki w drodze wziernikowéj, poczém drożność została zupełnie przywróconą a mowa znacznie polepszoną. Odtąd nie widziałem choréj.

11ty przypadek: Emilija Reszowska lat 16, służąca, stanu wolnego, przybyła na oddział chirurg. 21 lutego 1879 z przypadami cieśni krtaniowéj i bezgłosem; jako domniemywana przyczyna choroby przeziębienie; odżywienie choréj nędzne; chrypka od roku; przypady cieśni od 3 miesięcy. Obraz wziernikowy: Wyraźne fałdy poniżéj strun głosowych, naśladujące trzecią parę strun; na wolnych brzegach fałdów strupy; szpara oddechowa owalna, 3 linije długa, około 2 linij szeroka; zaczerwienienie i obrzęk całéj krtani, i widoczne zwężenie światła całéj krtani, tak że właściwa głośnia mniej-

sze przedstawia rozmiary; wzajemne ułożenie i gra strun głosowych prawidłowa. Rozpoznałem naciek zapalny saméj ochrzęstny (*perichondritis*), jakkolwiek przypuszczałem możliwość saméj *chorditis vocalis hypertr. infer.* bez współcierpienia ochrzęstny, natomiast z ogólnym nieżytem krtani.

23/2 wprowadziłem cewnik elastyczny Nr. 12, poczém chora wykrztusiła strupy z fałdów w krtani; codziennie aż do 9 marca wprowadzałem tylko cewnik Nr. 12. W początku pokazywało się trochę krwi po wprowadzeniu cewnika, potém to ustało. 9/3 obraz wziernikowy: Szpara oddechowa prawie zdwojona w swoich rozmiarach, atoli zawsze jeszcze owalna, gdyż fałdy stykają się jeszcze z przodu i z tyłu. Wprowadziłem pod kontrolą wziernika rurkę Schröttera Nr. 1 z łatwością i Nr. 2, a z mniejszą łatwością Nr. 3. Umocowałem Nr. 3 i poleciłem choréj zatrzymać go przez dwie godziny. Przy wieczornéj wizycie skonstatował lekarz oddziałowy przypady duszności, i wprowadził Nr. 3, który miał wejść z łatwością, atoli zmienił jéj tę rurkę wnet na cewnik Nr. 12, poczém stan miał się zupełnie polepszyć. O godzinie 9 wieczór drugi lekarz oddziałowy mieszkający w szpitalu zastał stan choréj dość dobry. O godzinie 12 w nocy znów do choréj przywołany, skonstatował większą zadyszkę i rzężenia w tchawicy. Nie ulega wątpliwości, że w obec powtarzających się przypadów zadyszki i słyszalnych rzężeń w tchawicy należało już wtedy uskutecznić tracheotomiję dla zapobieżenia obrzękowi płuc, atoli przywołany lekarz nie uczynił tego, lecz usiłował i tym razem tracheotomiję zastąpić cewnikiem, poczém stan choréj wrzekomo się polepszył. O godzinie 2giéj w nocy taki sam napad przy przyspieszoném i słabém tętnie; po wprowadzeniu cewnika miała chora wykrztusić znaczną ilość charkociny, poczém puls się wzmocnił i zwolniał, a oddech miał się polepszyć. O godzinie w pół do 7 rano ponowny napad i śmierć mimo cewnika i mimo tracheotomii z powodu obrzęku płuc. Oględziny pośmiertne: *Perichondritis subacuta thyreo-cricoidea, decubitus superficialis telae mucosae ligamentorum falsorum et in linea mediana laryngis et tracheae*; *catarrhus laryngis*; *hyperaemia et oedema cerebri et pulmonum, hyperaemia hepatis et renum.* Wytłumaczenie tak fatalnego przebiegu w niniejszym przypadku nie trudne: rurka sprawiła powierzchowną odleżynę, była więc względnie za grubą; skutkiem tego przystąpiła znaczniejsza reakcyja a mianowicie obrzęk, który spotęgował do tego stopnia istniejącą cieśń krtaniową, że oddech stał się niedostatecznym; w następstwie zaś tego wytworzył się obrzęk płuc i mózgu. Niewątpliwie należało wcześnie wykonać tracheotomiję! Ten przypadek więc poucza dosadnie, jak ostrożnie należy postępować z rurkami Schröttera w cieśni krtaniowéj a najbardziéj w przypadkach, w których nie poprzedza tracheotomija! Następnie zwracam i w tym przypadku jak w 1szym uwagę szan. Czytelników na porównanie obrazu wziernikowego za życia odpowiadającego chorobie „*chorditis voc. hypertroph. inferior*“ z zapaleniem ochrzęstny stwierdzoném pośmiertnie. (C. d. n.)

II. O niektórych objawach przedgorączkowych i ich leczeniu.

Skreślił Dr. **Serkowski**,
lekarz powiatowy w Stryju.

(Odczyt miany na posiedzeniu sekcyi stryjskiéj Tow. lek. gal.)

Nazwiskiem objawów przedgorączkowych pozwoliłem sobie oznaczyć to grono przypadów przeważnie podmiotowych, które w pierwszym okresie chorób gorączkowych nieako na pierwszym planie występują, podczas gdy objawy przedmiotowe jeszcze nie nabrały należytéj wyrazistości.

Objawy te przedmiotowe w późniejszym okresie chorób gorączkowych usuwają się na drugi plan tak dla chorego, któremu nie dokuczają tyle jak początkowo, jakotéż dla lekarza, który całą uwagę zwraca na występujące już teraz wybitnie objawy przedmiotowe, tj. na podwyższoną ciepłotę i tętno, na przypady wypukowe, przysłuchowe, itd. i do nich terapiję swoją stósuje.

W pierwszym jednak dniu, a prawdę mówiąc zwykle w pierwszych dniach choroby lekarz nie ma w ręku téj bussoli, podług któréj przedmiotowo swą nawą terapeutyczną mógłby kierować, i wtedyto głównie temi objawami podmiotowemi kierować się musi. Do takich przypadów należy przedewszystkiém r o z s t r ó j o g ó l n y, tj. stan chorobowy, który choremu i lekarzowi trudno opisać, który jednakże chory dokładnie odróżnia od stanu zdrowia mówiąc, iż czuje się niezdrowym. Taki stan Niemcy nazywają „*allgemeines Krankheitsgefühl*“ albo „*febriles Unwohlsein*“.

Drugim objawem przedgorączkowym i to bardzo dokuczliwym są b ó l e ciągnące lub rwiące, szarpiące w odnogach i wzdłuż grzbietu i krzyżów tak w mięśniach jak i w kościach, a które chorzy często nazywają łamaniem w kościach, rwaniem w rękach lub w nogach, ciągawkami wzdłuż grzbietu. Częstokroć chorzy utrzymują, iż doznają uczucia, jakby całe ciało było zbite. Lekarze odnoszą to zwykle do zadrażnienia rdzenia pacierzowego (*irritatio spinalis*).

Zazwyczaj w mniejszym stopniu doznają uczucia tego chorzy z zapaleniem płuc lub opłucnéj, z katarem nosa, gardła lub oskrzeli, w wyższym stopniu chorzy, u których dur się rozpoczyna; w wysokim stopniu doznają go także chorzy zimnicni. U tych ostatnich powtarzają się tego rodzaju uczucia za każdym napadem i to z coraz większém natężeniem. Wyjątkowo jednak i przy zapaleniu płuc i przy zwykłych katarach tego rodzaju bóle nabierają takiéj mocy, iż lekarz koniecznie z niemi rachować się musi.

Trzecim takim objawem przedgorączkowym jest n i e p o k ó j f i z y c z n y i m o r a l n y; po największéj części niepokój ten jest wypływem gorączki, tj. właściwie nieprawidłowego odżywienia mózgu (*irritatio cerebralis*), a w części może niepewności, w jakiéj chory pod względem zagrażającéj mu choroby pozostaje.

Chory taki nie może sobie znaleść miejsca lub dogodnego ułożenia, to się kurczy, to wyciąga, to wstaje, to się znów kładzie, to przykrywa, to odkrywa, to przewraca się z boku na bok. Do tego zadrażnienia mózgowego należy także ciężkość głowy, bezsenność bardzo przykra dla chorego albo sen ciągle przerywany.

Czwartym objawem podmiotowym jest u c z u c i e z i m n a i g o r ą c a, którego naprzemian chory doznaje; częstokroć uczucie zimna długi czas się utrzymuje, chociaż skóra już jest rozpaloną i rtęć w ciepłomierzu nad stan prawidłowy się wznosi. Najczęściéj chory dostaje dreszczu, gdy się odkryje.

Po piąte. Przeciwnego uczucia doznaje chory w c e w c e m o c z o w é j, bo u c z u c i a p i e c z e n i a przy oddawaniu moczu.

Po szóste. Niekiedy chory doznaje odrazu n a d z w y c z a j n e g o o s ł a b i e n i a całego ciała, drżenia mięśni, choć gorączka dopiero jeden albo dwa dni trwa.

Wprawdzie już upadło to zapatrywanie Zimmermanna,

jakoby podniesienie tętna i temperatury były jedynemi objawami gorączki, zawsze jednak pozostają one najważniejszemi dla lekarza, bo przedmiotowemi objawami, ale i wszystkie wspomniane przypady podmiotowe nie są niczém innėm, jak początkowemi objawami gorączki, a jeśli nazwałem je tu przedgorączkowemi, to tylko dla tego, aby je objąć jednėm wspólnėm mianem a zarazem wyrazić, że one już w całej sile występują lub wystąpić mogą wtedy, gdy temperatura i tętno nieznacznie dopiero wzmagać się poczynają i gdy jeszcze żadnéj lokalizacyi udowodnić nie możemy.

Co się tyczy leczenia tych objawów przedgorączkowych, to uważać należy, że w przeważnéj liczbie przypadków już się z niemi nie spotykamy, tj. już minął ten pierwszy okres gorączki, zanim lekarza wezwano; w innych przypadkach przypady te nie są tak dokuczliwe, aby je zwalczać potrzeba było, w takich razach wystarcza podanie kwasku zwyczajnie w początkach gorączki przepisywanego lub podanie innego leku obojętnego. Są jednak przypadki, w których objawy podmiotowe gorączki z taką siłą występują, że lekarz wielkiego dozna zadowolenia, jeżli je uśmierzyć potrafi, choć jeszcze nie zna właściwéj przyczyny gorączki.

Przekonałem się kilkakrotnie, że takim skutecznym środkiem przerywającym lub kojącym podmiotowe objawy gorączki jest salicylan sodowy, sam lub co lepiéj w połączeniu z chininem w sporych dawkach użyty. Niekiedy dalszy rozwój choroby w ten sposób przerwany został, niekiedy zaś choroba swoim torem postępowała daléj, ale dokuczliwe te przypady ustąpiły.

Dla objaśnienia przytoczę tu 3 przypadki w ten sposób leczone.

I. Pacyjentka około 40 lat licząca przebyła już kilkakrotnie zapalenie płuc i opłucny, po których zgęszczenie miąższu płuc z tyłu po prawéj stronie nastąpiło. Zapalenia opłucny kilkakrotnie w pobliżu serca się powtarzały. Za każdym razem przebieg choroby bywał bardzo ciężki, z napadami astmatycznemi połączony. Przed każdém zapaleniem występowały dreszcze, darcie w rękach i nogach, niespokojność, późniéj dopiero występowała gorączka, kłucie itd. W podobny sposób zachorowała we wrześniu 1879 r. Pierwszego zaraz dnia byłem do niéj wezwany i zastałem ją wśród silnych dreszczów skarżącą się na nieznośne bóle w rękach i nogach, w mięśniach i kościach się szerzące, przyczém stawy zupełnie były wolne tak, iż gościec stawowy można było zupełnie wykluczyć. Gorączka była mierna ale niespokojność tak wielka, iż trudno jéj było uleżeć spokojnie. Sama była przekonaną, iż nowe zapalenie płuc lub opłucny się wytwarza, gdyż takiego samego uczucia w poprzednich napadach tych chorób doznawała. Cztery dawki salicylanu sodowego, co 3 godziny po 1 gramie wyżyte, nietylko usunęły natychmiast owe dokuczliwe bóle i niepokój, przerwały gorączkę, ale i zapobiegły dalszemu rozwojowi choroby, gdyż chora trzeciego dnia wstała, a dotychczas nie wychodząc przez całą zimę na krok z pokoju względnie dość dobrém cieszyła się zdrowiem; dopiero przed dwoma tygodniami dostała znowu dreszczów, łamania w członkach, bicia serca (obok tonów sercowych zupełnie czystych), kłucia bardzo silnego w okolicy uderzeń serca i napadów duszności. Tętno było szybkie, drobne i przepuszczające. Tarcia nie można było słyszeć, lubo mogło być zasłonięte rzężeniami gwiżdżącemi z daleka już słyszalnemi. I tym razem przypuszczałem, że obok świeżego kataru oskrzelowego wytwarza się zapalenie opłucny w okolicy serca. I tym razem proszki z salicylanu sodowego i chininu w ciągu dwóch dni usunęły bicie serca i duszność, pozostał katar oskrzelowy nie zbyt silny. Chora znowu 4go dnia wstała.

II. Drugi przypadek z dalszym przebiegiem niepomyślnym dotyczył kobiety 50 letniéj, która lubo dawniéj nigdy obłożnie nie chorowała, jednak była bardzo szczupła i wątła.

Po lekkiém przeziębieniu w kościele dostała wieczorem dreszczów, w nocy miernéj gorączki. Wezwano mię w 36 godzin po pierwszym dreszczu. Choréj dokuczały najwięcéj bezsenność i bóle w nogach, tętno 100, ciepłota 39°C, Zboczeń w klatce piersiowéj prócz przyspieszonego oddechu nie można jeszcze było wykryć żadnych. Podałem salicylan sodowy w ilości 6 gramów na 200 wody co godzinę po łyżce. Już w parę godzin bóle ustąpiły niemal zupełnie, ustąpiło uczucie ogólnego rozstroju, nastąpił sen, choć często jeszcze przerywany, chora nazajutrz była zadowoloną z swego stanu względnie do dnia poprzedniego. Mimoto zapalenie płuc rozwijać się poczęło, z początku przez następne 3 lub 4 dni łagodnie, plwociny były bardzo skąpe, dopiero czwartego dnia prążkami krwi zabarwione, z tyłu po prawéj stronie i pod pachą wystąpiło stłumienie odgłosu wypukowego i oddech słabo oskrzelowy.

Salicylan sodowy trzeba było porzucić, bo choréj za nadto się naprzykrzył i dostała odbijania. W następnym tygodniu choroba szybko się wzmagała, naciek zajął dwie trzecie części prawego płuca, podawany napar ipekakuany i naparstnicy, daléj chinin, gorczyczniki i bańki były zupełnie bezskuteczne, a 15 dnia choroba śmiercią się zakończyła.

III. Trzeci przypadek. Mężczyzna tęgi, około 50 lat liczący, zgrzał się siedząc w futrze w gorącym pokoju, poczém wsiadł na wózek i pojechał do domu niedaleko położonego w czasie silnego wiatru. Tegoż dnia wieczorem dostał dreszczów, rozstroju ogólnego, uczuł bóle silne w odnogach, grzbiecie i krzyżach. Nazajutrz wystąpiła gorączka (39·5°C. tętno 104), podwyższona tkliwość na zmianę temperatury, niepokój i osłabienie nadzwyczajne, tak, iż trudno było choremu siąść na łóżku, wystawiony język się trząsł, a bóle w odnogach się utrzymywały. Zachodziła obawa tyfusu. Kilka proszków złożonych z chininu i salicylanu sodowego (Rp. *Chinini sulfur. 3.00, Natri salicyl. 6.00. M. f. pulv. div. in prtes aeq. 8 DS.* Co 3 godziny po 1 proszku) usunęły w ciągu jednéj doby wszystkie wspomniane przypadłości, choroba się nie rozwinęła.

Z przypadków tych i kilku jeszcze podobnych wnoszę: że salicylan sodowy sam lub w połączeniu z chininem w pierwszym lub drugim dniu gorączki jeszcze nie zlokalizowanéj podany w pełnéj dawce jest w stanie przerwać objawy podmiotowe gorączki, poprzednio opisane, powtóre może przerwać niekiedy dalszy rozwój saméj choroby gorączkowéj, a tłumaczę to sobie z działania antifermentacyjnego tych środków. Sądzę bowiem, że gorączka zawsze jest wynikiem dostania się jakiegoś fermentu do krwi, który w pierwszéj chwili może da się pokonać środkami antifermentacyjnemi, późniéj jednak środki te już są mniéj skuteczne; podobnie jak do skwaśniałego wina dodany środek antifermentacyjny skwaśniałości nie usuwa. Zachodzi tu jednak ta leczenie utrudniająca okoliczność, że lekarz rzadko bywa zaraz po pierwszym dreszczu czyli pierwszego dnia choroby wzywany, środki te zaś w późniejszym okresie podawane obniżają wprawdzie jak wiadomo gorączkę, ale rozwoju choroby nie tamują.

III. Oceny i sprawozdania.

R. Virchow: **O perlicy zwierząt domowych i możności przenoszenia jéj za pośrednictwem pokarmów.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

W téj to skłonności guzów perlicowych do wapnienia tkwi główna różnica między perlicą a gruzełkiem, który skłonności téj nie posiada. Różnica ta uwydatnia się zresztą i pod innemi względami. Guzy perlicowe rozwijają się zazwyczaj na powierzchni błon surowiczych, zwłaszcza opłucny i otrzewny, czasem także na innych powierzchniach surowiczych i śluzowych. Bardzo rzadko nadarza się sposobność postrzegania ich w postaci guzków prosówkowych, właściwéj gruzełkom. Zazwyczaj bardzo rychło występują one na powierzchni jako guzy wielkości ziarna grochu, przedstawiają w krótkim czasie rodzaj uklejów lub guzów szypułkowatych itp. — Co do składu histologicznego twory te składają się z nagromadzenia bujającéj masy przeważnie komórkowatéj, w któréj częstokroć znajdujemy liczne komórki olbrzymie, prócz tego także komórki wrzecionowate (łącznotkankowe) i mniejsze komórki okrągłe (podobne do komórek chłonicowych). Na téj to podstawie Virchow już przed laty zaliczył guzy perlicowe do mięsaków (*lymphosarcomata*), a do kategoryi téj zalicza je i dzisiaj pomimo prac Schüppela, który zdaniem Virchowa niesłusznie uważa tak gruzełki jako i guzy perlicowe za wytwory komórek przybłonkowych. Nie możemy mówić o komórkach przybłonkowych, gdzie komórki te nie wyścielają rzeczywiście jakiéjś powierzchni, tém mniéj jeżeli komórki te nie zgadzają się co do swéj postaci ze znanemi tworami przybłonkowemi. Komórki składowe gruzełków nie pokrywają bynajmniéj powierzchni w postaci błon, nie mogą zatém być nazwanemi przybłonkiem; nie są one także komórkami przybłonkowemi i dla tego, ponieważ są komórkami przeważnie okrągłemi, a przybłonek okrągło komórkowy tego rodzaju nie istnieje w ciele ludzkiém.

Tożsamości guzów perlicowych z gruzełkami nie dowodzą również doświadczenia Klebsa. Badacz ten przeszczepiając masę gruźliczą z człowieka na cielę, wywołał wprawdzie w ostatniém perlicę; wiadomo jednakże, że wiele innych istot prócz gruzełków ludzkich zaszczepione na zwierzęta mogą wywołać gruzełki lub zmiany do gruzełków podobne. Jak na teraz trzeba czekać cierpliwie, dopokąd nie uda się wykryć jakiegoś pasorzyta, któryby był wspólną przyczyną rozwoju tak gruzełków, jako i guzów perlicowych.

Również i przebieg perlicy różni się znacznie od przebiegu gruzełków. Przeobrażenie serowate gruzełków sprowadza w następstwie wrzód, guzy zaś perlicowe nie wrzodzieją, gdyż nie podlegają zserowaceniu. U bydła nie istnieje t. zw. *phthisis ulcerosa*, któraby rozwój swój zawdzięczała perlicy, lecz zawsze mamy tu zbite guzy, wzrastające coraz więcéj do objętości guzów nadzwyczaj wielkich. Jak dotąd guzy perlicowe są istotnie guzami, gruzełki zaś gruzełkami, różnica to wielka, któréj z oka spuszczać nie należy. Nie znamy przypadku, gdzieby u człowieka skutkiem spożywania mięsa perlicowego rozwinęły się guzy perlicowe.

Oto są względy teoretyczne przemawiające przeciw tożsamości perlicy z gruźlicą.

Praktyczne rozstrzygnięcie téj kwestyi napotyka na większe jeszcze trudności.

Nigdy prawie nie możemy być pewni, czy zmiany chorobowe, znajdowane u zwierząt karmionych mięsem lub mlekiem bydła perlicowego, są istotnie następstwami zakażenia perlicowego, lub też zmianami tylko przypadkowemi, gdyż nigdy nie można stwierdzić na pewne, czy zwierzę użyte do doświadczenia było przed tém zupełnie zdrowe lub nie. W doświadczeniach Gerlacha, który karmił zwierzęta mięsem perlicowém, wypadki były nader chwiejne i niepewne. Jeżeli np. z 10 prosiąt i 17 królików, karmionych równocześnie surowém mięsem „bydląt perlicowych", zapadło 6 prosiąt i dwa króliki na „gruźlicę", a 4 prosięta i 15 królików nie zachorowało wcale, to nie wiedzieć, czy ostatnie przypadkowo tylko nie zachorowały, lub też może pierwsze zachorowały przypadkowo. Ta sama niepewność uwydatnia się i w doświadczeniach Bollingera.

Nie rozstrzygają także dotychczas téj kwestyi nie doprowadzone jeszcze do końca doświadczenia Virchowa. Nader ostrożnym trzeba być w wnioskach, jeśli się do podobnych doświadczeń używa świń. Zwierzęta te według V. bardzo często cierpią na obrzęki gruczołów limfatycznych, zkąd też prawdopodobnie powstała nazwa szkrofułów (*scrofula*-świnka). U jednych obrzmiewają gruczoły karkowe, u drugich przeważnie lub wyłącznie krézkowe, u innych nareszcie piersiowe. Obrzęki te mogą serowacieć, jednakże bez pośredniego wytworzenia właściwych gruzełków. Trudno więc w danym razie rozstrzygnąć, czy twory serowate i obrzęki gruczołów są następstwem karmienia mięsem perlicowém lub nie. V. zwraca także i na tę okoliczność uwagę, że między prosiętami karmionemi mięsem lub mlekiem perlicowém w jednym szeregu doświadczeń znajdował obrzęki gruczołów podszczękowych i szyjnych, w innym zaś gruczołów krézkowych. Zdaniem Virchowa, jeśli karm perlicowa ma w sobie coś zakaźnego, powinnyby przedewszystkiém podlegać schorzeniu gruczoły w najbliższém sąsiedztwie przewodu jelitowego się znajdujące, a nawet i sam przewód pokarmowy, czego V. nigdy nie postrzegał. Brak schorzenia samego jelita możnaby tłumaczyć tém, że istota zakaźna bardzo tylko krótko przebywa w kiszkach i nader rychło ulega wessaniu; w takim razie jednak powinniśmy znajdować w gruczołach krézkowych zmiany chorobowe. Że jednak zmiany występują niekiedy wyłącznie w gruczołach podszczękowych, powstaje wątpliwość, czy takowe zależą właśnie od jadu perlicowego. Tłumaczenie Bollingera, jakoby jad ten u świń już w jamie ustnéj ulegał zupełnemu wessaniu, nazywa V. po prostu śmiesznem.

Jest jeszcze jedna okoliczność nie zupełnie odpowiadająca zaraźliwości pokarmów perlicowych. Przypuszczaćby należało, że u prosięcia karmionego strawą zaraźliwą zmiany chorobowe rozwijać się powinny stopniowo, odpowiednio do czasu doświadczenia. Prosię karmione przez 4 tygodnie strawą perlicową powinno więc okazywać w jedném miejscu stare, w drugim świeższe a w inném jeszcze zupełnie świeże zmiany chorobowe. Tymczasem zdarza się to nader rzadko; zazwyczaj po 4—6 tygodniowém karmieniu znajdujemy wszystkie zmiany stosunkowo dobrze już rozwinięte i stare, niekiedy po paru tygodniach gruczoły podszczękowe już są zwapniałe. Z tego względu nasuwa się tu wątpliwość, czy te gruczoły podszczękowe były przed tém zdrowe?

Inném jeszcze źródłem wątpliwości i złudzeń mogą być omyłki w rozpoznaniu choroby bydła, którego mleka używamy do doświadczeń. Tak np. V. zakupił krowę dotkniętą zdaniem najbieglejszych weterynarzy berlińskich perlicą. Przez długi czas używano mleka téjże krowy do doświadczeń na różnych zwierzętach. Nareszcie gdy krowę zabito, pokazało się, że w płucach znajdowała się wielka ilość wieńcogłówek,

żadnych zaś nie wykryto zmian perlicowych. A jednak u niektórych zwierząt karmionych mlekiem powyższéj krowy wykazano wybitne zwapniale, suche, po części sérowate złogi w płucach, kępkach Peyerowskich, gruczołach krézkowych i oskrzelowych, zupełnie jak w perlicy. Gdyby nie zabito owéj krowy, wypadki doświadczalne przemawiałyby nader wymownie za zmianami perlicowemi, wywołanemi przez karmienie mlekiem perlicowém.

Na podstawie dotychczasowych wiadomości co do stosunku perlicy do gruźlicy, tudzież własnych w tym względzie doświadczeń, V. nie przeczy, że pokarmy perlicowe bardzo słusznie winniśmy podejrzywać o pewną szkodliwość, że zatém i rozporządzenia władz sanitarnych, zabraniające sprzedaży bydła perlicowego, są uzasadnione. Jednakże podejrzenie to nie jest do tego stopnia usprawiedliwione, aby można w ogóle zabronić spożywania mięsa zwierząt perlicą dotkniętych. Nie mamy bowiem dowodu, by samo mięso (mięśnie), nie podlegające bynajmniéj bezpośrednio zmianom perlicowym, miało być szkodliwe, choćby pochodziło z bydła perlicowego. Nie jest to dotąd rzeczą rozstrzygniętą, jednakże trudno zaprzeczyć możebności, że nie mięso perlicowe samo przez się, lecz każde mięso zepsute, tj. pozostające w pewnym okresie rozkładu, może wywołać w ogóle zmiany sérowate i gruźlicze.

Co się nareszcie tyczy szkodliwości mleka krów perlicowych, to nie bez znaczenia może tu być pewna okoliczność, na którą niedawno temu Koleśznikow zwrócił uwagę. Zdarzają się mianowicie dość często zmiany perlicowe samych wymion, które rozpoczynają się zazwyczaj w tkance interstycyjalnéj, a następnie przechodzą na ściany samych przewodów mlecznych. Może to być nie obojętném, czy mleko pochodzi z wymion dotkniętych perlicą, lub téż z wymion zdrowych, choćby w innych częściach ciała istniały zmiany perlicowe.

Jak widzimy, dotychczasowe doświadczenia czynią szkodliwość istot perlicowych co najwyżéj prawdopodobną, bynajmniéj jéj jednakże nie udowodniają. Wypadki odpowiednich poszukiwań i doświadczeń, zwłaszcza jeśli się z Virchowem odrzuci w ogóle zdanie o tożsamości wytworów gruźliczych i serowatych, są tak różnorodne i zmienne, że przypuszczenie pewnego jadu perlicowego nie jest dotychczas naukowo dostatecznie uzasadnioném. — (*Berl. klin. Wchft.* 1880, N. 14 i 15). *St. Sm.*

Władysław Lesser: **O przyczynach śmierci po oparzeniach.**

Tak zaburzenia w narządzie pot wydzielającym, pobudzenie a względnie zniesienie czynności końcowych rozgałęzień nerwowych, zmiany w naczyniach skórnych i w nich krążącéj krwi wywołane znaczną ciepłotą, jak wreszcie i wessanie części rozkładowych ze skóry spalonéj przez naczynia limfatyczne, przyczynić się mogą do głębokich zmian w organizmie; jednak z trudnością by przyszło wyjaśnić z któregokolwiek z tych zaburzeń następującą szybko śmierć po rozległych oparzeniach. Właściwie należałoby każdemu z nich przyznać pewien wpływ, który razem z innemi przyczynia się do śmiertelnego zejścia. — Pomimo więc bardzo obfitéj w tym względzie literatury, nie ma jeszcze dokładnego wyjaśnienia téj sprawy, a to dla tego, iż autorowie przeważnie jednostronnie ją obrabiali.

Po takim wstępie zwraca się autor do ostatniéj pracy Sonnenburga, którą poddaje ścisłéj naukowéj krytyce, i to na podstawie własnych doświadczeń kontrolujących. Wykazawszy bowiem, że Sonnenburg uległ złudzeniu pod względem ścisłości swych doświadczeń, raz przez to, iż króliki wcale się nie nadają do doświadczeń z przecięciem rdzenia pacierzowego, a powtóre, iż za mało prób takich wykonał na psach, przechodzi autor do opisu swych bardzo licznych doświadczeń, z których wypływa, że przypuszczenie „przecieplenia całéj krwi“ przez Sonnenburga uważać należy na podstawie licznych badań ciepłoty w stolcu, pasze, sercu i jamie brzusznej za nieusprawiedliwione, również jak twierdzenie, iż powstrzymany wyziew skórny przyczynia się do śmiertelnego zejścia.

Przekonawszy się więc w tak dobitny sposób o niemożebności utrzymania „odruchowéj hipotezy“ Sonnenburga, według któréj śmierć po rozległych oparzeniach następować ma skutkiem obniżenia napięcia (tęgości) naczyń (*Gefässtonus*), przystępuje autor do szeregu własnych doświadczeń poczynionych w kierunku zbadania zmian w krwi przepływającéj przez części ciała uległe znacznemu oparzeniu, do czego uprawniło go spostrzeżenie, że w częściach tych nie tylko się ciepłota podnosi, ale nawet przez długi czas na wysokim tym stopniu się utrzymuje. Badanie krwi ze zwierząt oparzonych okazało, że najważniejszym zmianom ulegają ciałka krwi czerwone, gdyż wielka ich część kurczy się i przyjmuje kształt gwiazdkowaty, inne wydają się zmniejszonemi (*Mikrocyten*), inne zaś straciwszy w wielkiéj części lub zupełnie barwik wyglądają jak cienie (*Ponficks Schatten*). Surowica krwi bywa mniéj lub więcéj zabarwiona z przyczyny barwika w niéj rozpuszczonego. Jeżeli zwierzęta te pozostawały dłuższy czas przy życiu, to wydzielanie barwika odbywało się przez nerki, o czém świadczą tak rozbiory moczu jak i inne narządy mikroskopowe nerek; jednak ani nerki ani badanie wewnętrzne nie doznają w skutku tego żadnych ważniejszych zmian.

Dla wykazania, że nie barwik występujący z ciałek krwi jest tą istotą szkodliwą sprawiającą szybką śmierć, wprowadzał L. zwierzętom do żył krew jednorodną, odwłóknioną, ogrzaną do 70° C., która tylko wtenczas stawała się przyczyną śmierci, jeżeli zwierzę badane przedtém pozbawiono pewnéj części własnéj krwi zdrowéj. Zresztą tak w tych przypadkach śmierci, jak w doświadczeniach równorzędnych Naunyna, Frankena i Köhlera, znaleziono rozległe skrzepy w sercu i w naczyniach wlosowatych, osobliwie przewodu pokarmowego, jakotéż wynaczynionki na otrzewnéj i opłucnéj, których to przypadów nigdy niema w przypadkach raźnéj śmierci po oparzeniach, zkąd wniosek, że przecież inne muszą tu być czynniki szkodliwe. — Lesser twierdzi, że jest nią okoliczność pozbawiająca czerwone ciałka krwi ich dzielności, przez wyługowanie z nich barwika, przez co one nie mogą pośredniczyć w przemianie materyi, a więc, że powstaje oligokytemia w znaczeniu czynnościowém w myśl Klaud. Bernarda. Im więcéj ciałek się psuje, pomimo utrzymania się co do liczby, tém prędzéj śmierć następuje. Że raźność nastąpienia zejścia śmiertelnego nie zależy od stopnia ciepłoty, lecz od trwania jéj działania i od odporności skóry, dowodzi znane doświadczenie Klebsa, który zanurzał uszy królikom w warze, poczém też ulegały zgorzeli, lecz zwierzęta zostały przy życiu, gdy króliki, którym uszy powoli zagotowywał aż do wrzenia, ginęły wśród kurczów. Za teoryją autora przemawiają również przypadki zatrucia nitro–

benzolem, kwasem przyswędko-dębiankowym, tlenkiem węgla, jako też sposób tłumaczenia szkodliwości tychże przez Filehnego i Neissera.

W końcu podaje autor wskazówki terapeutyczne wypływające z nowych zapatrywań, mianowicie: że w ciężkich oparzeniach należy jak najprędzéj wprowadzić w ustrój prawidłową krew, a więc wykonać przetoczenie krwi, myśl w prawdzie nie nowa, bo już dawniéj przez Ponficka podniesiona, która jednak obecnie znalazła w pracy naszego rodaka naukowe poparcie. — Jeżeli zaś udało się przeprowadzić chorego przez pierwsze niebezpieczeństwo, należy w ścisłém przeciwgnilném postępowaniu szukać zbawienia przeciw nieprzyjacielowi, w postaci zakażenia gnilnego grożącemu. Nawet i w późniejszych okresach nie należy pogardzać transfuzyją. Czy obok transfuzyi wypadałoby wypuścić choremu równocześnie jakąś część krwi jego własnéj, zależeć powinno w każdym pojedyńczym przypadku od stanu nerek, które przyjmują na siebie ciężar uwolnienia ustroju od wytworów szkodliwych, wynikłych z rozpadu ciałek krwi czerwonych. (*Virchows Archiv. LXXIX*). *A. O.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Dr. Hindenlang opisuje w 24 tomie *Arch. f. klin. Med.* przypadek dokonanego w celach leczniczych nakłócia worka osierdziowego (*paracentesis pericardii*). U mężczyzny 20 letniego, dotkniętego od $2\frac{1}{2}$ miesięcy zapaleniem wypocinowém osierdzia, wykazano sinicę, duszność, tętno częste, podczas wdechu prawie niemacalne, wielkie rozmiary stłumienia cechującego wypocinę osierdziową, brak uderzenia koniuszkowego, tony sercowe słabe, ledwo słyszalne. Nakłuto worek osierdziowy za pomocą przyrządu Dieulafoya, najprzód w 5tym przestworze międzyżebrowym na 5 cm. od lewego brzegu mostka, następnie jeszcze o 1 cm. daléj na zewnątrz a nareszcie w 4tém międzyżebrzu w odległości 2 cm. od lewego brzegu mostkowego, i to za każdym razem bez skutku, pomimo że igłę wbijano na 4 cm. głęboko. Nazajutrz dokonano operacyi za pomocą cienkiego trójgrańca (grubości 1·5 mm.), ponownie w 5 międzyżebrzu na 4 cm. od lewego brzegu mostka. Trójgraniec wkłuto na 5—6 cm. Tym razem wydobyto za pomocą aspiracyi 300 grm. cieczy ciemno-czerwonéj, zawierającéj liczne ciałka krwi czerwone i włóknik już to w postaci błon szklistych, już też mas drobnoziarnistych. Po operacyi stan chorego znacznie się poprawił, duszność i sinica zmniejszyły się, badanie wykazało zmniejszenie się stłumienia sercowego, ilość zaś moczu powiększyła się. Po 6 tygodniach, gdy poprzednie przypady chorobowe znów się powtórzyły, nakłuto worek osierdziowy w tém samém miejscu, poczém wydalono 500 cm. sześć. przeźroczystéj cieczy żółtawéj. Tym razem polepszenie dłużéj się utrzymywało, tak że po 5 miesiącach chory opuścił zakład w stanie znacznego polepszenia, W 2 miesiące późniéj chory umarł. Sekcyi nie było.

W przypadku powyższym ciekawém było to, że chorobie towarzyszył *pulsus paradoxus*, który już Traube i Baeumler postrzegali przy wielkich wypocinach osierdziowych, oraz powiększanie się ilości moczu po każdéj punkcyi.

Autor zestawiając wszystkie dokonane dotychczas nakłócia worka osierdziowego przekonał się, że wypadki lecznicze są stosunkowo pomyślne. W 32·3% operowanych przypadków chorzy wracali do mniéj lub więcéj zupełnego zdrowia. Najlepszą jest punkcyja igłą wydrążoną lub trójgrańcemz następową aspiracyją, miejsce nakłócia może być różne, w 4, 5, lub 6 międzyżebrzu, na 3—4 cm. od lewego brzegu mostka.

+ Na posiedzeniu z d. 10 kwietnia 1880 r. towarzystwa bijologicznego Dr. Poncet (z Cluny) przedstawił wyrób anatomiczny, podwójnie zajmujący: ze stanowiska chirurgicznego i umiejscowienia chorób mózgowych: Jest to czaszka młodego żołnierza od 3ch miesięcy zaciągniętego do wojska a zmarłego na dur. Sekcyja wykazała złamanie kości czołowéj lewéj, zagojone z niezmierną utratą treści płatu przedniego mózgu. Bezpośrednio po nad łukiem oczodołu lewego kość czołowa przedstawia lekkie wklęśnięcie 6 cm. szerokie; zewnętrzna część pokryta skórą i włosami ledwie podejrzywać pozwalała ten uraz, gdyż mimo prośby o uwolnienie od wojska, ten żołnierz nie został uwolniony. W tém miejscu żadnego bólu nie było w saméj bliźnie. Wewnętrzna blaszka kości czołowéj przedstawia przecież odłam 0,35 mm. szerokości, 0,4 cm. długości, wystający na 0,2 cm. na wewnątrz, łączący się z resztą kości nierównemi naroślami kostnemi, tworzącemi most rzucony na pozostającą część wewnętrzną kości. Na błonie twardéj widać bliznę 0,4 cm. średnicy, a na sierpie mózgu 2 lub 4 małe skostniałości. Co do zmian mózgowych 0,25 mm. po nad poziomem zwoju czołowego stwierdzono brak części mózgowéj dzielący na dwie części pierwszy zwój czołowy. W tém miejscu widać wklęśnięcie 0,2 cm. średnicy, 0,22 mm. głębokości, tj. zniszczenie całego prawie tego zwoju i części spoidła. Palcem wprowadzonym do komórek mózgowych stwierdzić można ledwie 0,01 mm. przedziału między komórką średnią a komórkami bocznemi; drugi zwój również zanikł w $\frac{1}{3}$ części, stracił prawie połowę swego rozmiaru, trzeci zwój lewy i czołowy wstępujący prawidłowe.

W szpitalu chory ten niczém nie zdradzał podobnego urazu i odnogi zupełnie symetryczne, nie zanikła strona prawa, mowa czysta, pamięć dobra. Przed śmiercią dno oka badane żadnych zmian nie wykazało. Co do odnóg wywiady następujące wykryły szczegóły: przed 12tu laty chory wpadłszy do studni tak sobie czoło rozbił, że część mózgu wypaść miała. Pełnił służbę wojskową, chociaż od zaciągnięcia tłumaczył się słabością umysłową, i rzeczywiście zauważono, że był nieco niezgrabny, prawém udem narzucał w ruchu i wydawał się znużony w pozycyi stojącéj, jeżeli stał z bronią na prawém ramieniu. Umiał całą teoryję wojskową na pamięć i dosłużył się rangi 1go żołnierza w kompanii. Zatém brak treści mózgowéj do 0,9 cm. sześciennych w średniéj części pierwszego zwoju lewego, zaczepiający spoidło, sprowadzający uwiąd 2go zwoju i całéj dolnéj części tego płatu mózgowego 12 lat istniał, objawiając się tylko lekkiém względném osłabieniem odnóg; władze umysłowe, pamięć były prawidłowe, nigdy napadu padaczki nie było. Zasługuje jeszcze na uwagę, że inne zwoje płatu czołowego były zupełnie symetryczne na prawo i na lewo; tylko jeden zwój wstępujący przedstawiał na prawo znaczny przerost. I tak skręt ostatni oddzielający brózdę Rolanda przy rowie Sylwijusza na tym zwoju wstępującym lewym miał 0,1 cm. grubości (mózg uczyniono twardym za pomocą kwasu azotowego), a na prawéj stronie odpowiedni skręt miał 0,22 mm. Widocznie uwzględnić wypada różnice możliwe fizyjologiczne, ale można przypuścić co do prawéj strony przerost kompensacyjny dolnéj części zwoju czołowego wstępującego. Części kostne jeszcze raz wykazują, że złamania z wtłoczeniem wewnętrznéj blaszki i odszczepy do mózgu dochodzące (bo mózg był wyszedł i błony były przedziurawione) mogą się bez interwencyi chirurgicznéj zabliźnić i wyleczyć.

Dr. Houel również przypomina, że patologiczne wyroby

wykazujące samo wyleczenie z kostnieniem zupełném złamań czaszki (części czołowéj) są bardzo liczne, przeto ten przypadek powinien pobudzić do zastanowienia, o ile zastósowanie trepanu może być wskazaném w złamaniach i wtłoczeniach kości czołowych. (*Gaz. Hebd.* Nr. 16, 1880). *Dr. J. Chądzyński.*

IV. List otwarty do Prymaryjusza Dr. Chądzyńskiego we Lwowie.

Szanowny Panie Kolego!

W artykule szan. Kolegi, umieszczonym w Przeglądzie Lekarskim Nr. 15 i 16 a omawiającym leczenie niektórych chorób skórnych, znajduję kilka ustępów, wymagających wyjaśnienia, choćby dla tego, żeby koledzy nie zajmujący się wyłącznie dermatologiją nie tłumaczyli sobie mylnie zapatrywania się Kolegi na znaczenie i leczenie niektórych chorób skóry.

Szan. Kolega twierdzi: „że średnia długość trwania leczenia woszczyny (*Favus*) wynosiła w 7 w ten sposób leczonych przypadkach dni 10“. Otóż nie wiem, co tu rozumieć mamy przez leczenie? czy proste usunięcie w 10 dniach strupów woszczynowych, czy też usunięcie i zniszczenie grzybów zawartych w téj chorobie między warstwami przyskórka we włosach i w pochewkach włosowych? Jeżeli Szan. Kolega ma na myśli usunięcie proste w 10 dniach strupów woszczynowych, to w rezultacie takim nie widzę nic niezwykłego; strupy woszczynowe można i w nierównie krótszym czasie usunąć, bo w 2—3 dniach i to bez zadraźnienia skóry. Jeżeli zaś szan. Kolega twierdzi, że potrafi wyleczyć w 10 dniach strupień woszczynowy, tj. osiągnąć rezultat, jakim żaden dermatolog poszczycić się nie może, byłaby to zdobycz terapeutyczna tak wielkiéj doniosłości, że wypadałoby dokładniéj opisać szczegóły leczenia, mianowicie podać, co się dzieje po takiém 10 dniowém leczeniu z grzybkami we włosach i pochewkach włosowych i czy Kolega miał sposobność widzenia tych chorych po kilku tygodniach lub miesiącach i przekonania się, że choroba rzeczywiście się nie odnowiła?

W innym ustępie artykułu wspomina Kolega, wymieniając choroby leczone, o 7 przypadkach liszaja wyłyszającego (*Herpes tonsurans*) i o jednym przypadku liszaja plamistego (*Herpes maculosus*), a więc o dwóch odrębnych chorobach, kiedy niemal wszyscy dermatologowie uważają *Herpes maculosus* za odmianę tylko *Herpetis tonsurantis*, za odmianę pochodzącą z grzyba (*Trichophyton tonsurans*), który w jedném miejscu sprowadza plamę, w drugiém guziczki, w trzeciém pęcherzyki, które to odmiany wszakże żadnego wpływu nie mają ani na rokowanie ani na leczenie i w ogóle w niczém istoty choroby nie zmieniają. Tylko usadowienie się choroby wpływa na rokowanie, a po części i na leczenie o tyle, że *Herpes tonsurans* na głowie nierównie uporczywszą jest chorobą i odmiennego nieco wymaga leczenia, aniżeli *Herpes tonsurans* na skórze tułowia lub odnóg. Sądzę, że Kolega odstąpi od podziału jednéj i téj saméj choroby na dwie odrębne i zechce się przychylić do zdania innych dermatologów, uważających *Herpes maculosus* za prostą odmianę *Herpetis tonsurantis*.

Kończąc proszę uważać list niniejszy li tylko za prośbę o wyjaśnienie zapatrywania się szan. Kolegi na znaczenie i leczenie niektórych chorób skórnych, a wyjaśnienie takie wydaje mi się potrzebném w interesie czytelników Przeglądu Lekarskiego.

Kraków d. 26 kwietnia 1880 r.

Prof. Dr. Rosner.

W sprawie słownika lekarskiego otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Kolego Redaktorze!

Znowu w imieniu kol. Oettingera i swojém śmiem upraszać o kącik na kilka uwag z powodu IIIgo listu Prof. Łuczkiewicza w sprawie Słownika lekarskiego (Nr. 17 „Przeglądu Lek.“ r. b.)

Przedewszystkiém i my téż w koledze Łuczkiewiczu bynajmniéj nie upatrujemy przeciwnika, lecz owszem pożądanego sprzymierzeńca i łaskawego pomocnika w tém dziele. Na zasady ogólne podane przez Prof. Ł. co do terminologii lekarskiéj naszéj, podobnie jak na zasadę przez Ciebie, Szanowny Redaktorze, na posiedzeniu Tow. lek. krak. dnia 15 października r. z. wypowiedzianą, piszemy się całkowicie; a jeżeli w „Słowniczku psychijatrycznym“ mniéj starannie wypleniliśmy wyrazy nowo utworzone a mniéj udatne, w skutek czego pozostał tam bożobłąd, nocobłąd, sennowłoctwo, a zakradł się strzeniowstręt, pochodzi to ztąd, że wiedzieliśmy, przez ile rzeszot naukowych przejdzie jeszcze ten Słowniczek, zanim do ogólnego Słownika lekarskiego będzie włączony.

Co się tyczy Słownika Drów Kremera i Skobla, podzielamy także ogólne krytyczne o nim uwagi kolegi Ł. i dla tego nie myślimy występować z obroną wielkiego tańca Witowego, samozmazy, itp. wyrazów, które już sami wypuściliśmy na przygotowywanych kartkach naszego Słownika. Co do przytoczonych przykładów wszelako nie na wszystkie uwagi możemy się zgodzić. I tak np. śledziennica (*hypochondriasis*), macinnica (*hysteria*, u Syrenijusza: macinnik), krztusiec (*tussis convulsiva*), tak się utarły w naszym języku lekarskim, że nieuzasadnioną byłoby rzeczą chcieć je z terminologii wyrzucić. (Wyrazy te znajdujemy w „Niemiecko-polskim Słowniku wyrazów lekarskich“ wydanym przed 38 laty w Krakowie przez proff. Majera i Skobla; książki téj, zawierającéj w formie zwięzłéj bardzo ważne materyjały terminologiczne, kol. Łuczkiewicz snać nie zna, skoro twierdzi, że Słownik Kremera i Skobla z r. 1868 jest jedynym ogólnolekarskim Słownikiem polskim). Wyraz cukrzyca (*glycosuria*) nie gorszy jest od moczniey (*uraemia*) i t. p., które się przyjęły w języku lekarskim. Wyraz prącie w znaczeniu *penis* (niem. *Ruthe*) znajdujemy w „Dykc. powsz. med. itd.“ (1788—93) i u Adamowicza (1836 r.). Wiewiór w znaczeniu trypra jest wyraz u ludu używany. Wyrazy czerwonka (*dysenteria*) i kiła (*syphilis*), przeciwko którym kol. Łuczkiewicz występuje, radzibyśmy stanowczo zatrzymać, właśnie opierając się na zasadzie przez tegoż kolegę słusznie popieranéj (Przegl. Lek. r. b., str. 228), żeby w starym naszym języku wyszukiwać wyrazów, które niegdyś w tém samém lub zbliżoném znaczeniu były używane: i tak wyraz kiła (z pochodnym przymiotnikiem kiławy) w znaczenia *lues venerea* napotyka się bardzo często u Szymona z Łowicza (1537), Spiczyńskiego (1554), Marc. Siennika (1568), Syrenijusza (1613), a z ustępów odpowiednich wyraźnie się pokazuje, że wyraz ten u ludu był uży-

wany; u tych trzech ostatnich autorów znajduje się též często wyraz czerwonka = dysenteria. (Dla braku miejsca wstrzymuję się od szczegółowych przytoczeń, których wielką liczbę mógłbym podać z wypisów łaskawie mi udzielonych przez p. prezesa Majera). Wyraz ukleja (*ucleya*) w znaczeniu *polypus* znajduje się u Szym. z Łowicza.

Niektóre inne uwagi krytyczne prof. Łuczkiewicza polegają na prostém nieporozumieniu albo pomyłce: tak np. w pismach naszych nikt nie używa wyrazu (zresztą tylko potocznego, a nie technicznego) „zabiegi (chirurgiczne itp.) zamiast „wskazań", lecz zamiast niem. „*Eingriffe* od. *Massnahmen*; nie używamy wyrazu „wywiadów" zamiast „wywodów", bo wywiady = *anamnesis*, a wywód = *Beweisführung*, wywód słowny = *Protocoll*; wyrazu „obłąkaniec", słusznie przez kolegę Ł. potępionego w znaczeniu lekarza lub domu obłąkanych (bo mógłby chyba znaczyć obłąkanego, podobnie jak szaleniec itd.) nie napotkałem nigdzie, jest tylko w Słowniku Kremera i Skobla (str. 352) wyr. obłędziniec (= *Irrenanstalt*), który jednakże w słowniczku psychijatr. opuściliśmy.

Nakoniec, raz jeszcze musimy powtórzyć, że projekt kol. Łuczkiewicza, aby cały Słownik roztrząsać gremijalnie na posiedzeniach naszego Towarzystwa i żeby wszystkie wyrazy tegoż przesłać do rozpatrzenia Towarzystwom lek. do Warszawy, Lwowa i Poznania, uważamy stanowczo za niepraktyczny. Chcąc spełnić te propozycyje, musielibyśmy, jak o tém wiemy z doświadczenia, na owe obrady gremijalne tracić nieraz zbyt wiele czasu w porównaniu do wynikającéj ztąd korzyści, zwłaszcza, że nie może tu być mowy o rozstrzyganiu kwestyj wątpliwych przez głosowanie. Nadto w skutek takiego postępowania trzebaby ukończenie Słownika odwlec nie o kilka miesięcy, jak mniema kol. Ł., lecz o lat kilka; bo niestety każdy z nas i z tych, którzy nam łaskawie w téj pracy pomagają, zajmować się nią może tylko o tyle, o ile inne zatrudnienia nie stoją temu na przeszkodzie. Niewykonalny jest též projekt profesora Ł., mający ułatwić nam wymianę uwag z kolegami warszawskimi, poznańskimi i lwowskimi co do każdego wyrazu Słownika: w tym celu kol. Ł. radzi, żeby odbić jeden egzemplarz Słownika zatrzymując go złożonym w drukarni. Otóż zapas czcionek żadnéj drukarni krakowskiéj nie wystarczyłby na to, ażeby (przypuśćmy, że tylko przez kilka miesięcy) zatrzymać nierozebrany skład (*Satz*) całego Słownika, mniéj więcéj z 30tu arkuszy druku złożonego; a cóż dopiero mówić o kosztach takiego postępowania, na które zdobyć się można wydając dzieło stereotypami, nie zaś książkę, która (wnosząc ze Słownika Drów Kremera i Skobla), w ciągu lat 10ciu rozejdzie się w 500 egzemplarzach. Częściami to samo czynić, co prof. Ł. proponuje, także jest rzeczą niepodobną: ciągłe odsyłacze, poprawki wyrazów mających równe lub bliskie znaczenia, a pod różnemi literami położonych, nie dozwalają w żaden sposób rozpoczynać druku, zanim cały rękopism nie jest najzupełniéj wykończony i wygładzony.

Jedyny zatém sposób praktyczny, aby przyjść nam w pomoc w téj pracy na pożytek ogółu, polegałby na tém, żeby szanowni Koledzy, których rzecz ta interesuje, raczyli czyto gremijalnie, czy pojedyńczo robić uwagi co do wyrazów objętych Słownikiem Drów Kremera i Skobla (z r. 1868) oraz „Uzupełnieniem" tegoż (z r. 1876), i nadsyłać je pod adresem niżéj podpisanego do końca Czerwca r. b.; a szanowny prof. Łuczkiewicz uczyniłby nam prawdziwą usługę koleżeńską, gdyby w téj mierze zechciał wziąć inicyjatywę w Tow. lek. warsz. Co się tyczy wyrazów wątpliwych, nieobjętych „Słownikiem" i „Uzupełnieniem", to spisujemy je osobno i zamierzamy w początku przyszłego miesiąca je przesłać celem łaskawego przejrzenia do Towarzystwa lek. warsz., tudzież do sekcyj w Poznaniu i Lwowie istniejących.

Łączę wyrazy szczerego pozdrowienia.

Prof. Dr. Janikowski.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 15 ospa w Londynie nie zmieniła się. Leczyło się w szpitalach 195, świeżo zapadło 42, umarło 13. W Budapeszcie umarło 11, w Pradze 17, w Bukareszcie 24, w Paryżu 52, w Petersburgu 7, w Barcelonie 6, w Wiedniu 10, w Madrycie 12. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 50, w Petersburgu 54, w Warszawie 15. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 36, z powrotnego w Petersburgu 36, a w Berlinie 2. Epidemija krztuśca przełamała się w Londynie. W tygodniu 16 umarło w Krakowie: 1 z ospy, 1 z duru brzusznego i 1 z róży, a doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach ospy (2 z Wygody, 1 z ul. Długiéj l. 12); 1 płonicy (z ul. Floryjańskiéj l. 329); 1 duru brzusznego (z Podgórza).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 15 umarło na 1000 mieszk. i rok w Krakowie 49,8; we Lwowie 41,8; w Warszawie 33,3; w Poznaniu 26,1; w Wiedniu 35,7; w Budapeszcie 45,5; w Pradze 46,8; w Tryjeście 43,8; w Berlinie 25,2; w Wrocławiu 31,8; w Mnichowie 36,2; w Dreźnie 23,9; w Lipsku 29,3; w Bazylei 30,6; w Brukseli 29,9; w Paryżu 30,8; w Londynie 21,8; w Kopenhadze 24,1; w Stokholmie 30,4; w Chrystyjanii 25,4; w Petersburgu 59,2; w Odesie 41,2; w Rzymie 43,3; w Wenecyi 33,6; w Bukareszcie 48,9; w Madrycie 42,3; Barcelonie 29,8; w Aleksandryi 39,0; w Nowym Yorku 25,1; w Bombayu 43,1; w Madrasie 38,3. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 kwietnia. Na 77 posiedzeniu Rady państwa we Wiedniu, odbytém w dniu 21 kwietnia, rektor Uniw. Jagiell. prof. Dunajewski w świetném, jak zwykle, przemówieniu przedstawił, jak dalece uniwersytet nasz w porównaniu z innemi austryjackiemi przez rząd dawniejszy traktowany był po macoszemu. Wyliczył on w sposób wymowny, czasem sarkastyczny, wszystkie grzechy, których się dopuszczano na poszczególnych wydziałach i biblijotece. Wyjmujemy z urzędowego protokółu stenograficznego ustęp tyczący się naszego wydziału lekarskiego:

„Kto tylko zna stosunki wydziałów lekarskich, wie, jak wielkiéj wagi tak pod względem praktycznym jakotéż naukowym jest katedra anatomii patologicznéj, a wiadomo także, że najzdolniejszy nawet profesor nic nie wskóra bez odpowiedniego zakładu i odpowiednich urządzeń. Otóż dzięki pieczołowitości byłego ministra oświaty otrzymaliśmy jednego z najlepszych profesorów tego przedmiotu, który i w świecie naukowym znany jest jako jeden z pierwszych, jako najlepszy uczeń Rokitańskiego, mam na myśli Dra Biesiadeckiego. Tego profesora posiadaliśmy; gdy jednak pomimo częstych a usilnych próśb nie mógł uzyskać zakładu odpowiedniego, porzucił on Kraków, ponieważ uważał za ubliżające godności swojéj pozostanie nadal profesorem przedmiotu, którego nie był w stanie w sposób odpowiedni wykładać, ponieważ zbywało mu na potrzebnych środkach. (Głosy z prawicy słuchajcie! słuchajcie!).—Zakłady kliniczne, które się rozszerzają, gdy każda umiejętność postępuje, zaszczycone są taką pieczołowitością, że przed dwoma laty ze względów na oszczędność odmówiono profesorowi kliniki okulistycznéj kwoty 170 czy 200 zła. na reperacyje narzędzi. (Głosy z prawicy: Słuchajcie!).

* Izba poselska Rady państwa na posiedzeniu z d. 22 kwietnia na wniosek Dra E. Czerkawskiego przyjęła (większością 17 głosów) rezolucyję ponowną względem urządzenia

wydziału lek. we Lwowie. Przeciwnicy tak w Izbie, jako i w prasie, zbijali i zbijają twierdzenie wnioskodawcy, jakoby w Galicyi był brak lekarzy. I mybyśmy woleli, aby wniosek był inaczéj umotywowany.

* Temi dniami bawił w Krakowie Dr. Władysław Lesser, warszawianin, docent chirurgii w Uniw. lipskim, autor wielu cennych prac ogłoszonych w języku niemieckim. Poznaliśmy w nim kolegę nie tylko znakomicie wykształconego, ale władającego dzielnie językiem ojczystym, pomimo, że od lat dziecięcych bawi za granicą.

* W Nrach 14 i 15 *Wracza* znajdujemy sprawozdania z prac koll. Obalińskiego i Smoleńskiego w tym roku ogłoszonych w Przegl. Lek.

* **Lwów.** Walne zgromadzenie Tow. aptekarskiego przedłużyło termin do nadesłania rękopisów na podręcznik dla uczniów farmacyi w języku polskim do d. 1 października rb.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Jarisch habilitował się jako docent dermatologii we Wiedniu.

* **Nekrologija.** W Londynie umarł prof. anatomii Wilhelm Sharpey (urodzony w r. 1802, uzyskał dyplom doktorski w r. 1823, uczył się anatomii u Panizzy w Pawii, Rudolfiego w Berlinie, u Tiedemanna w Heidelbergu itd., w r. 1836 mianowany profesorem anatomii i fizyjologii w Londynie, wykładał aż do r. 1874).

Ogłoszenie konkursu. Na mocy uchwały Wydziału lekarskiego z dnia 9go kwietnia 1880 rozpisuję niniejszém ponowny konkurs na stypendyjum jednorazowe w kwocie 900 złr. w. a. z fundacyi JWgo Radcy stanu Walentego Szklarskiego.

O stypendyjum to ubiegać się mogą uczniowie Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell., którzy najdaléj przed dwoma laty otrzymali dyplom doktorski, lub przynajmniéj ukończyli studyja lekarskie, i to nie tylko ci, którzy nie posiadają żadnych środków utrzymania się, ale i ci, którzy wprawdzie nie są pozbawieni wszelkiego opatrzenia, jednakże nie są tyle zamożni, iżby własnym lub rodziców kosztem mogli kształcić się za granicą.

Każdy z ubiegających się powinien się zobowiązać pisemnie, że w razie udzielenia mu stypendyjum w ciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył, a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę. Ponieważ wyjazd za granicę ma mieć na celu przyszłą uprawę naukową pewnéj gałęzi lekarskiéj bądź teoretycznéj bądź praktycznéj, a więc przysposobienie się do zawodu naukowego, a nie samego wykonawstwa lekarskiego, przeto przedłożyć należy dowody uzdolnienia i zamiłowania naukowego, okazywanego już to w pracowniach już to w klinikach przez szczególne przykładanie się do pewnego rodzaju poszukiwań, przez dokonywane ćwiczenia i prace, gorliwe zajmowanie się jakąś szczególną gałęzią lekarską itp.

Otrzymujący stypendyjum zobowiązać się musi do przedkładania dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych przez nie wypadków tak pod względem wykształcenia osobistego jak i zebranych spostrzeżeń, doświadczeń i dokonanych prac.

Podania wnieść należy najdaléj do dnia 16 maja 1880 na ręce podpisanego.

Kraków d. 16 kwietnia 1880. *Prof. Dr. Korczyński*
Dziekan Wydz. lek.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycyie* Nr. 17: Kondratowicza: Uwagi o cięciu cesarskiém według sposobu Porro dokonywaném; Blumenstoka: Opinija sądowolekarska w sprawie wątpliwego życia noworodka (c. d.); Zejdowskiego: Kilka słów o leczeniu suchót płucnych kumysem z mleka kobylego (c. d.). — W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 8: Buszka: Przyczynek do statystyki m. Krakowa. (C. d.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 17: Majkowskiego: Sprawozdanie lekarskie z Buska (c. d.); Pacanowskiego: *Tumor abdominis et Graviditas, laparo-hysterotomia* (c. d.); Wolberga: O wpływie niektórych soli i alkaloidów na trawienie.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Rafael COËN (we Wiedniu): Bericht der ersten österr. Privatheilanstalt für Sprachkranke zu Wien (1877—1879). Wien 1880, in 8vo str. 16. (Osobne odbicie z *Allg. W. med. Ztg.* Nr. 16—12).

Piśmiennictwo lekarskie. STILLING J. Ueber d. Sehen der Farbenblinden. M. 4 Doppel-Tfl. in Oeldr. (in qu.-Fol.) gr. 8. Kassel, Fischer. M. 60.

BERICHT, Aerztlicher, der k. k. allgem. Krankenhauses zu Wien vom J. 1878. M. 1 Tab gr. 8. Wien, Braumüller M. 5.

— der k. k. Krankenanstalt Rudolph-Stiftung in Wien v. J. 1878. M. 1 Tab. u. 5 Tfln. gr. 8. Ebd. M. 4.

Sprostowanie. W rozprawie Dra Szeparowicza w Nrze 14, na str. 186 w połowie 1széj szpalty zamiast Dra Rosego ma być Dra Bosego, a na str. 185 szpalcie 2giéj, wiersz 4ty od góry zamiast „przewłocznego ruchu strun" ma być „przewrotnego ruchu strun."

W artykule Dra Chądzyńskiego w Nrze 16 Przegl. Lek. mylnie a nie z winy autora *Pitiriasis versicolor* nazwana jest ostudą, podczas gdy powinno być: łupież pstry.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę to jest dnia 5 maja o godzinie 5éj w Sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém kolega prof. Domański zda sprawę z obecnego stanu nauki o kile układu nerwowego.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Sprawozdanie z ruchu i postępu w zakładzie zdrojowo-kąpielowym w Żegiestowie w czasie pory zdrojowéj r. 1879, skreślił Dr. Tyłus Szczepański.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 8 maja 1880. № 19. Rok XIX.

TREŚĆ: I. SZEPAROWICZ. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj. 5. Kazuistyka chirurgiczna krtani. c) Uwagi nad mechaniczném leczeniem cieśni krtaniowéj (*Laryngostenosis*) i kazuistyka. (C. d.).— II. KROBICKI. Przypadek śmierci pozornéj ze stężeniem jakoby pośmiertném.— III. *Oceny i sprawozdania*: Ochłodzenie ciała ludzkiego za pomocą przyrządu oziębiającego Dumontpalliera i Galanta. VIDAL. — *Wiadomości pomniejsze*. — IV. *Posiedzenia towarzystw:* Towarzystwo lekarskie krakowkie. — Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.— V. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. — VI. *Wiadomości bieżące*.

I. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

(Ciąg dalszy artykułów z r. 1878 i 1879).

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurgicznego we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

(Ciąg dalszy. Przegląd Lekarski 1879 Nr. 1—7 i Nr. 14—16).

c) Uwagi nad mechaniczném leczeniem cieśni krtaniowéj (*Laryngostenosis*) i kazuistyka.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

12ty przypadek: Anna Pyszówna, 20 lat., służąca, stanu wolnego; była leczoną od 11 lutego 1879 do 18 marca na oddziale chorób wewnętrznych z powodu cieśni krtaniowéj i nieżytu oskrzelowego. Miejscowo w krtani stósowano pomazywania rozczynem azotanu srebra. Po osiągnięciu polepszenia co do nieżytu oskrzelowego przeniesiono chorą na mój oddział. Przed 3ma laty rozpoczęła się chrypka, od dwóch zaś lat rozwijały się zwolna przypady cieśni krtaniowéj; już często poprzedzały napady znacznego zaduszenia; czasem uczucie kłócia w krtani; chora jest *virgo intacta*, nie ma ani śladu kiły, zołzów lub gruźlicy. Obraz wziernikowy: Zaczerwienienie całéj krtani, znaczny obrzęk prawego fałszywego więzadła, tak że prawéj struny głosowéj nie widać; lewa struna głosowa widoczna, zgrubiała, poniżéj niéj fałd słabo różowy, wejrzenia mięsnego, równoległy z struną głosową, wychodzący od bocznéj ściany krtani; przy oddychaniu nieporuszalny; podczas wygłoszenia pokrywa go struna głosowa. Podczas natężonego wdechu widać chwilami i po prawéj stronie na téj samej wysokości obrzękłość. Szpara oddechowa tylko około 2 linij szeroka, normalnéj długości, nawet podczas natężonego wdechu nie trójkątna lecz nieregularnego kształtu; głos piskliwy, słaby. Rozpoznanie: Naciek tkanki podśluzowéj i najprawdopodobniéj także ochrzęstny (*perichondritis chronica*).

21 marca wprowadziłem cewnik elastyczny Nr. 10 na 10 minut. 23/3 cewnik Nr. 12, odtąd tenże codziennie. 3 kwietnia rurka Schröttera Nr. 1 na ½ godziny; ten numer codziennie, chora trzymała go coraz dłużéj, nareszcie przez kilka godzin. 18 kwietnia rurka Nr. 2. 22/4 Nr. 3. 25/4 Nr. 4 codziennie. 18/5 Obraz wziernikowy: Szczelina oddechowa większa, kształtu trójkąta, lewy bok trójkąta wklęsły na wewnątrz przez ów fałd nieprawidłowy, który jeszcze widoczny; fałd zaś przedstawia we środku znaczną wypukłość, tak że sprawia wrażenie brodawczaka; zaczerwienienie krtani mniejsze, podmiotowy stan choréj lepszy. Powyżéj numeru 4go nie zdołałem postąpić z powodu, że zawsze napotykałem na pewną trudność, a pamięć poprzedniego przypadku tkwiła mi za nadto żywo w umyśle!

Około 30 czerwca stan choréj był już o wiele lepszy; trudność dla numeru 4go została już zupełnie usuniętą; szpara oddechowa zwiększyła się; atoli musiałem chorą na własne żądanie wypuścić. W styczniu br. przedstawiła mi się chora; stan znów gorszy, chora jednak nie dała się namówić do leczenia. W dniu 1 marca br. przywieziono ją do szpitala konającą; stwierdzono: *Laryngostenosis summa; oedema pulmonum*; tracheotomija nie uratowała choréj; w kilka godzin umarła. Oględziny pośmiertne wykazały: *Perichondritis chronica crico-thyreoidea, catarrhus laryngis chronicus subs. acuto recenti et oedema pulmonum.*

13ty przypadek: Aron Finger, lat 16, syn wyrobnika został przeniesiony na mój oddział z oddziału chorób wewn. w dniu 3 lipca 1879. Według swego podania, które atoli nie jest ściséle, przebył prawdopodobnie błonicę przed 4ma tygodniami. Na prawym migdałku wrzód mały, nieczysty, powierzchowny kształtu nieregularnego; w krtani na lewéj strunie głosowéj płaski wrzód, dno jego białe, brzegi jakby wygryzione; dookoła jakotéż na tylnéj ścianie krtani malutkie ziarninowe wyrostki; drgań strun głosowych nie widać podczas wygłaszania a przeto prawie zupełny bezgłos. Chory był leczony na moim oddziale za pomocą pędzlowania wrzodów nastojem jodowym, wdychiwań *e kali chlorico* i wdmuchiwań ałunu sproszkowanego; i został wypuszczony jako prawie zupełnie wyleczony. W dniu 23 listopada 1879 przybył napowrót z przypadami cieśni krtaniowéj. Obraz

wziernikowy: nieżyt krtani, poniżej prawej struny głosowej zgrubienie ściany bocznej z powierzchownem owrzodzeniem. Rozpoznanie: naciek tkanki podśluzowej i wrzód (gruźliczy? zołzowy?); w płucach ani śladu gruźlicy; odżywienie chorego liche; zgrubienie warg jak u zołzowych, nacieki gruczołów szyjnych nieznaczne.

24 listopada tracheotomija z powodu bardzo znacznej cieśni krtaniowej. 10 grudnia rurka Schröttera Nr. 1 tylko przez kilka minut, gdyż chory nie wytrzymuje dłużej.

21/12 Nr. 2. 22/12 Nr. 3. 24/12 Nr. 4. 25/12 Nr. 5. 26/12 Nr. 6. Chory nie wytrzymał rurki dłużej nad $^1/_2$ godziny. 2 stycznia br. drożność zupełna; usunąłem kaniulę; wrzód w krtani wygojony, naciek wessany. Numer 6ty wprowadzałem codziennie. 16 stycznia; chory podmiotowo i przedmiotowo zupełnie zdrów; opuszcza szpital.

14ty przypadek. Wojciech Makarowski, lat 43, woźny, na mój oddział przeniesiony w dniu 21 lutego b. r. z oddz. ch. wewn. z cieśnią krtaniową. Ta ostatnia wzmogła się w chwili, kiedy chorego miano zabrać z oddziału chorób wewn., do tego stopnia, że lekarz pomocniczy oddziału chirurg. Dr. E., naówczas dyżurujący, zastał go bez tętna i w ostatnich zapasach ze śmiercią. Natychmiast więc wprowadził mu rurkę Schröttera N. 7 i musiał przez kilka godzin uskuteczniać sztuczne oddychanie, zanim chory odzyskał przytomność. Obraz wziernikowy: Wejrzenie wnętrza krtani zupełnie prawidłowe, jeno wzajemne ułożenie strun głosowych nieprawidłowe, odstęp bowiem między niemi w spokoju zaledwie 2 linije szeroki; przy oddychaniu tryb ich poruszenia nieprawidłowy, albowiem przy natężonej inspiracyi zbliżają się one do siebie aż do zetknięcia; przy wydechu odnosi się wrażenie, jakby tylko prąd powietrza je od siebie rozdzielał; następnie brak im prawidłowego naprężenia i drgania podczas wygłaszania, wolne ich brzegi zaokrąglone; przy spokojnej inspiracyi struny głosowe zgoła się nie poruszają, dla tego też cieśń krtaniowa znaczniejsza podczas natężonej inspiracyi, aniżeli podczas spokojnej. Ogólny stan przedstawia wybitny obraz uwiądu, nadto głupkowatość; mowa upośledzona, porażenie zdzierzgacza pęcherzowego z następowym moczociekiem, porażenie kiszek z następowemi zastoinami kału (stolec co 8 lub 10 dni), osłabienie w odnogach dolnych, drżenie mięśni w udach; opad górnej lewej powieki, zupełna utrata wzroku oka lewego; zapalenie ropne zewn. przewodu lewego ucha z wybujałą ziarniną; czasem chory traci zupełnie jakkolwiek przemijająco przytomność. Choroba datuje się od 7 lat, poczęła się od bólów w krzyżach, moczociek od $1^1/_2$ roku; chrypka od 8 dni (skutkiem kąpieli nasiadowych) w ostatnich kilku dniach wystąpiły przypady cieśni krtaniowej. Kiłę można wykluczyć. Niewątpliwie więc mieliśmy przed sobą chorobę ośrodków nerwowych z następowem porażeniem krtani; przewrotny ruch strun głosowych przy wdychaniu należy uważać jako przypad porażenia rozwieraczów głośni (*mm. crico-arytenoidei postici*). Podczas badania wziernikowego dostał chory sinicy i bezdechu, włożyłem więc napowrót rurkę Schröttera N. 7 i poleciłem utrzymywać ją ciągle z wyjątkiem pory wizytowej i rano i po południu, kiedy lekarz oddziałowy miał ją wyjmować celem oczyszczenia i nakarmienia chorego a napowrót znów ją wkładać. Chory wytrzymywał rurkę spokojnie, bez oporu i niechęci. Po trzech dniach (25/2) widząc, że nie ma żadnego postępu w leczeniu, zresztą mając na oku przyczynową chorobę ośrodków nerwowych, poleciłem wyjeżdżając ze Lwowa na kilka dni wykonać tracheotomię. Tymczasem tej samej nocy 26/2 chory umarł skutkiem ogólnego uwiądu z rurką w krtani oddychając aż do końca przez nią dobrze. Oględziny pośmiertne wykazały oprócz przewłocznego zapalenia opony twardej mózgowej i rozmiękczenia mózgu jako też i rdzenia pacierzowego następujący stan w krtani: W linii środkowej krtani od przodu a mianowicie wzdłuż tylnej powierzchni nakrywki ku górnemu brzegowi, następnie w samym środku przedniej połowy chrząstki pierścieniowej i w tej samej linii na 1, 2 i 3ciej chrząstce tchawiczej w kierunku podłużnym, odpowiadającym podłużnej osi ciała, wrzodziki 2 linije szerokie, a 4 linije wysokie względnie długie, a na ich dnie wszędzie chrząstki ogołocone z powłok; symetrycznie po obu bokach krtani a mianowicie w tylnych połowach strun głosowych i na przylegających wewnętrznych ścianach chrząstek nalewkowych na znacznej przestrzeni, równającej się objętości centa, zamartwina i rozpad powłok z obrażeniem chrząstek nalewkowych; a zatem odleżyny odpowiadające przedniemu i bocznym krawędziom rurki Schröttera.

15ty przypadek. Maryjan Micyk, lat 20, szewc, stanu wolnego, przybył na mój oddział w dniu 29 stycznia br. z cieśnią krtaniową. W jesieni 1879 nabawił się kiły i był leczony w tutejszym szpitalu wcieraniami i podskórnemi wstrzykiwaniami rtęciowemi; używszy 22 wstrzykiwań wyszedł ze szpitala jako uleczony. W 3 tygodnie później dostał on bólu gardła i chrypki, lecz te przypady przeminęły w ciągu tygodnia śród leczenia obojętnego. Przed tygodniem zaziębił się (podaje, że zgrzany w tańcu wyszedł na wolne powietrze) i dostał skutkiem tego ponownie bólu gardła i chrypki, a w 3cim dniu zadyszki.

29 stycznia wieczorem: Fałdy nakrywko-nalewkowe a mianowicie lewy bardzo obrzękłe, szare; zaczerwienienie aż w sinawy odcień wpadające i obrzęk całej krtani, a mianowicie powłok chrząstek nalewkowych; struny głosowe zaledwie widzialne z powodu obrzęku więzadeł rzekomych, stykają się tak, że tylko głośnia oddechowa jako malutka dziureczka wielkości przekroju małego groszku służy do oddychania znaczny ból przy dotykaniu zewnętrznej powierzchni krtani; słaby ciastowaty obrzęk tamże. Rozpoznanie: *Laryngitis acuta et probabiliter perichondritis thyreo-arytenoidea acuta in luetico.* Z powodu bardzo znacznej cieśni krtaniowej tracheotomija była bardzo wskazaną. Zastósowano rurkę Schröttera N. 7 i umocowano na całą noc. Około $11^1/_2$ w nocy chory wyjął sobie rurkę i począł się dusić; lekarz oddziałowy zastał go w zapasach ze śmiercią, oblanego na całem ciele zimnym potem, tętno drobne, przyspieszone, sinica bardzo znaczna; wprowadził mu więc tę samą rurkę i umocował należycie. Dnia 30 stycznia: chory oddycha dobrze przez rurkę; wyjąłem ją i szybko go nakarmiłem, poczem znów wprowadziłem. Równocześnie przepisałem: ogólne wcierania merkuryjalne 2,50 dziennie, *Empl. hydrarg.* na szyję; *Kali chloricum* (2%) *pro gargarismo*; do 19 lutego zastósowano choremu 20 wcierań. Kilkakrotnie wyjmował sobie chory rurkę z krtani, każdym razem jednak dostawał natychmiast przypadów cieśni krtaniowej i natychmiast mu ją napowrót wkładano.

4/2 skonstatowałem wziernikiem: na tylnej powierzchni nakrywki wzdłuż linii środkowej podłużny (od góry do dołu) wrzodzik, płytki, pokryty ropiastą wypociną, niewątpliwie odleżynowy, odpowiadający przedniej krawędzi rurki Schröttera (*Decubitus Trousseaua*); obrzęk i zaczerwienienie znacznie mniejsze; struny głosowe jakby mięsne fałdy a na dolnej

względnie wewnętrznéj powierzchni obu strun powierzchnia ropna odpowiednia ścianom bocznym rurki, szpara oddechowa znacznie większa i już podłużna, oddech w spokoju pełny. Wyjąłem rurkę na czas trwania wizyty porannéj, poczém znów wprowadziłem; od 5/2 do 9/2 wyjmowano rurkę rano na cały dzień i wprowadzano ją tylko na noc. 10/2 usunięto rurkę zupełnie; oddech prawidłowy.

17/2 obraz wziernikowy: Słabe zaczerwienienie krtani; wyraźny obraz trzeciéj pary strun głosowych (kładę nacisk na ten przypad z zastrzeżeniem, że powrócę doń, gdy będzie mowa o *„Chorditis vocalis hypertr. inferior.)*; wrzód na tylnéj powierzchni nakrywki zagojony; prawa struna głosowa zaczerwieniona, na niéj ekskoryjacyja, głośnia trójkątna i niemal prawidłowych rozmiarów, głos chrypliwy, oddech zupełnie swobodny.

18/2 kaszel znaczniejszy; przepisano morfin; 19/2 kaszel uporczywy; oddech swobodny. O godz. 3 po poł. dostał chory nagle przypadów cieśni krtaniowéj; lekarz oddziałowy wprowadził rurkę N. 7, umocował ją należycie i zakazał choremu kategorycznie, ażeby rurki nie wyjmował, jak tego już nieraz próbował. O godz. 3 w nocy wyjął chory rurkę umyślnie, sądząc zapewne, że bez niéj się obejdzie i natychmiast począł się dusić wołając „lekarza!" Już w 10 minut stanął lekarz oddziałowy u łóżka chorego, wykonał doraźnie tracheotomiję, atoli nie zdołał chorego ocalić. Oględziny pośmiertne: *Perichondritis thyreoarytenoidea acuta*; sekwestracyja chrząstek nalewkowych w toku; chrząstki te dokoła zatopione w obfitéj ropie, która się wylała do krtani po nadcięciu powłok; tak na samych strunach głosowych jakotéż na bocznych ścianach krtani obrzękłych poniżéj strun symetrycznie po obu bokach powierzchowne owrzodzenie bardziéj na powierzchni aniżeli w głąb drążące. Na téj saméj wysokości, jakotéż w zakresie cięcia tchawicy środkowe linijowate owrzodzenie w kierunku osi podłużnéj, wrzody to niewątpliwie odleżynowe od rurki. W płucach obrzęk.

Sądzę, że nie inaczéj należy tłumaczyć przebieg choroby w niniejszym przypadku, jeno w następujący sposób: Na tle kiły dostał chory skutkiem zaziębienia zapalenia ochrzęstny ostrego; tak pod wpływem wcierań jakotéż niewątpliwie i rurki Schrötterowskiéj sprawa ta już zaczęła była się cofać i byłaby niewątpliwie ukończyła się wessaniem nacieku zapalnego, lecz chory musiał się ponownie, a mianowicie podczas swego leczenia, przeziębić, albowiem notorycznie chodził i dostał nawrotu sprawy zapalnéj, która przeszła w zropienie i zamartwinę chrząstek. Ponowne przeziębienie łatwo da się wytłumaczyć tą okolicznością, że chory używał wcierań, a jak wiadomo w czasie takiego leczenia skóra skłonną jest do potów, chory zaś chodził a pora była brzydka! Że nie rurka przyczyniła się do zropienia wypociny zapalnéj, to wynika z długiego odstępu względnego zdrowia chorego (od 10 do 18 lutego). Obecność odleżyn w krtani stwierdzona pośmiertnie odnosi się do ostatniego zastósowania rurki przed śmiercią chorego i świadczy, że w stanie zapalnym krtani rurka sprawia odleżynę bardzo szybko. Śmierć chorego, jak wykazuje przebieg, nie była wynikiem choroby, lecz zdarzeniem przypadkowém, które chory na siebie ściągnął brakiem dostatecznéj rozwagi i inteligencyi. Ten przypadek poucza więc dobitnie, że u ludzi nieinteligentnych, jeżeli nadto nie ma rękojmi dostatecznego dozoru, należy być bardzo skrupulatnym w wyborze między *tubage* a tracheotomiją!

16ty przypadek: Franciszek Olszynka, lat 20 liczący, przeniesiony został z oddziału chorób. wewn. na mój oddział w dniu 30 grudnia 1879, dla wykonania tracheotomii; przebył na oddziale chorób wewn. dur a w końcu błonicę. Obraz wziernikowy: ani śladu zaczerwienienia lub obrzęku w krtani, widoczna tylko bladość powłok wnętrza krtani; przy wygłaszaniu struny głosowe bardzo słabo drgają i brak im należytego naprężenia, odpowiednio temu głos bardzo niski i chrypliwy; przy łagodném oddychaniu struny głosowe nie poruszają się, wzajemna odległość ich wynosi najwięcéj 2 linije; podczas natężonego wdechu struny nietylko nie rozchodzą się, lecz przeciwnie zbliżają się do siebie i sprawiają tym sposobam znaczną cieśń oddechową. Cieśń oddechowa (namacalnie wywołana w tym przypadku przez porażenie mm. pierścienio-nalewkowych tylnych), tak znaczna, że chory podczas badania dostał sinicy i oblany zimnym potem już się chylił ku ziemi; musiałem się więc spieszyć i natychmiast włożyłem mu rurkę Schröttera N. 9, bez pomocy wziernika (na zastósowanie wziernika ani stan chorego ani nagłość zaduszenia nie zezwalały!). Chory odzyskał wnet lepsze tętno i siły. Wyjmując rurkę codziennie rano i wieczorem celem nakarmienia chorego umocowywano ją zresztą w krtani stale. W ten sposób postępowano przez ośm dni, poczém wkładano rurkę tylko na noc. Po 14 dniach usunąłem rurkę stale i nie było już przyczyny do niéj powrócić. Porażenie zostało zupełnie usunięte bez pomocy innego środka przy dobrém odżywianiu chorego; z powodu zimnego ropnia pod pachą musiałem chorego jeszcze sześć tygodni po wyzdrowieniu z choroby krtaniowéj zatrzymać na oddziale i w tym czasie miałem sposobność przekonania się o trwałém wyleczeniu.

17ty przypadek: Franciszka Tułówna, lat 21 licząca, stanu wolnego; skutkiem przeziębienia dostała przed 2 laty chrypki a w kilka miesięcy duszności. W dniu 15 lutego 1878 uskuteczniłem u niéj tracheotomiję i wypuściłem ją z kaniulą. Do niedawna przebywała ona po za obrębem szpitala i przybyła z mojéj porady w lutym rb. na mój oddział, celem leczenia cieśni krtaniowéj. Obraz wziernikowy: Jednostajne przewłoczne zaczerwienienie krtani; więzadła rzekome nie tyle skutkiem obrzęku do siebie zbliżone, ile sprawiają wrażenie, jakby od boków krtani były wypchnięte ku środkowi; struny głosowe bez odgraniczenia od rzekomych stanowią jakby jednę spadzistą powierzchnię z rzekomemi, nadto zgrubiałe i zaczerwienione, tak że w spokoju trudno je jako struny głosowe rozpoznać, poznaje się je dopiero podczas usiłowanego wygłoszenia, podczas którego poruszają się grube mięsne fałdy bez należytego odgraniczenia od więzadeł rzekomych; na nich malutkie brodawkowate wyrostki w nieznacznéj ilości; światło całéj krtani zwężone a mianowicie na wysokości strun głosowych i tuż poniżéj. Głos cichy, niewyraźny, jest raczéj tylko chuchaniem z natężeniem wydobywaném. Ogólny stan choréj bardzo dobry; odżywienie doskonałe, płuca zdrowe, ani śladu zołzów lub gruźlicy; *virgo intacta.* Rozpoznanie: *Perichondritis chronica thyreoidea.*"

W dniu 24 lutego br. rozpocząłem mechaniczne leczenie, wprowadzając cewnik elast. Nr. 8, poczém rurka Schröttera Nr. 1 dała się z łatwością wprowadzić; 25/2 rurka Nr. 2; 26/2 Nr. 3, poczém wprowadziłem i umocowałem świeczkę cynową Nr. 1, lecz tylko $^1/_2$ godziny chora takową utrzymała z powodu nadczulości. 27/2 świeczka cynowa Nr. 2; 28/2 świeczka Nr. 3, Nr. 4 i Nr. 5. Dziś oddech i mowa znacznie polepszone; obraz wziernikowy: Głośnia znacznie szersza, trójkątna, w kierunku od przodu ku tyłowi krótsza;

zaczerwienienie utrzymuje się; struny głosowe wydatniejsze, atoli jeszcze nie widać należytego odgraniczenia od fałszywych i jeszcze ciągle jednostajnie czerwone; oddech pełniejszy, mowa jednak jeszcze bardzo upośledzona, jakkolwiek głośniejsza niż przedtém. 11/3 rurka Schr. Nr. 6, chora trzymała ją przez godzinę. 16/3 chora oddycha przez cały dzień przy zatkanéj kaniuli, na noc otwiera ją. W krtani jednak znaczniejsze zaczerwienienie (skutkiem rurki? chora podaje, że skutkiem tego, albowiem śpi pod oknem?) Mowa cichsza. 25/3 rurka Nr. 5 przez godzinę; 28/3 rurka Nr. 6 cała godzina; odtąd codziennie Nr. 6 na kwadrans lub pół godziny. Od dnia 20/4 codziennie Nr. 7; od 3/4 oddycha chora ciągle przy zatkanéj kaniuli, w dzień i w nocy; jest czynną w posłudze szpitalnéj a praca fizyczna zgoła jéj nie męczy. Obecnie (23 kwietnia) obraz wziernikowy: Głośnia znacznie rozszerzona, trójkątna; struny głosowe wyraźnie odgraniczone, atoli jednostajnie zaczerwienione, prawdopodobnie skutkiem codziennie powtarzanéj procedury leczniczéj. Oddech swobodny, pełny; głos jeszcze nieczysty, cichy, atoli polepsza się. Po nad Nr. 7 rurek Schrötterowskich najprawdopodobniéj nie postąpię, gdyż o ile obecny stan choréj pozwala wnioskować, nie zajdzie tego potrzeba. Chorą można uważać za rekonwalescentkę, jakkolwiek jéj pobyt w szpitalu i kuracyja potrwa jeszcze co najmniéj 4 tygodnie.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Przypadek śmierci pozornéj ze stężeniem jakoby pośmiertném.

Napisał Dr. T. Krobicki,
sekundaryjusz szpit. głównego we Lwowie.

(Rzecz czytana na posiedz. sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic. dnia 14go Lutego b. r.).

Według autorów i powag sądowo-lekarskich stężenie pośmiertne ma być pewną oznaką śmierci. Śmierć fizyjologicznie zaczyna się wtedy, skoro w zupełności czynność serca i oddechy ustają. W dosłowném tłumaczeniu *asphyxia* oznacza brak tętna. Co do mnie, to przez śmierć pozorną oprócz braku tętna, rozumiem brak innych znaków życia do tego stopnia posunięty, że nawet wprawnemi zmysłami lekarza resztki pozostałe tych objawów nie dadzą się spostrzedz. Przypadki śmierci pozornéj zdarzają się po znacznych utratach krwi, także w rekonwalescencyi po ciężkich chorobach zapalnych, wśród zapadu sił po minioném przesileniu zapalenia płuc włóknikowego itp. Niniejszy przypadek już dla tego jest ciekawym, że opisy śmierci pozornéj są rzadkiemi, z drugiéj zaś strony o tyle więcéj szan. kolegów, zająć może, że tu mimo trwania tych utajonych objawów życia wystąpiło stężenie pośmiertne. Ma ono według lekarzy sądowych powstawać w pierwszych dwóch do czterech godzinach po śmierci; nie zaprzeczają oni możliwości powstania jego w chwili śmierci, co też w istocie spostrzegano, nigdzie jednak nie wspominają, aby stężenie jeszcze za życia się zdarzyło. W chwili rozstania się z życiem uważano je osobliwie na polu walki, tak że trupy zachowywały to samo położenie, jakie miały za życia, jak np. pozycyję ataku. Ma to polegać na nadwerężeniu rdzenia pacierzowego w części szyjnéj, w skutek czego wywołany zostaje w chwili śmierci tężec w téj postawie, w jakiéj uszkodzony z życiem się rozstaje. Du Bois Reymond proponuje nazywać takie przypadki katałeptyczném stężeniem pośmiertném. U noworodków, których poród był utrudnionym i ciężko się odbywał, uważano takie katałeptyczne stężenie za życia, które z nastaniem śmierci przechodzi bezpośrednio w stężenie pośmiertne. Tłumaczą sobie to zjawisko kataleptyczném stężeniem Du Bois Reymonda, wywołaném przez nadwerężenie rdzenia lub mózgu, przez ucisk przy ciężkim i nieprawidłowym porodzie powstały.

Przypadek niniejszy, w którym za życia stężenie obserwowałem, nie zdarzył się po urazie, lecz jak to już wspomniałem po zapaleniu płuc włóknikowém u chorego na oddziale gorączkowym szpitala głównego we Lwowie.

D. 29 grudnia 1879 r. po południu, przybył na oddział Jan Pruchnicki, gospodarz wiejski, 50-letni. Trzy dni przed tém tj. około 26 grudnia miał dostać dreszczu dłużéj trwającego, gorączki, kłucia w boku, bólu głowy, krzyżów, ogólnego upadku sil, następnie krótkiego oddechu i kaszlu. Ostatnie te przypady utrzymują się do chwili przybycia.

Badanie przedmiotowe wykazuje: Indywiduum średniego wzrostu, dobrze zbudowane, źle odżywione, zaniedbane, niedokrewne, o powłokach ziemisto bladych i sinicy warg. Przytomność w zupełności utrzymana, mierny upadek sił, oddech powierzchowny, przyspieszony. Temper. 38·5°C., tętno drobne, szybkie, około 110 uderzeń na minutę. Klatka piersiowa beczkowata. Przepona obustronnie obniżona, oddech wszędzie z przodu słabo słyszalny. Serce, którego uderzenie w okolicy brodawki sutkowéj ledwo wyczuć się daje, jest częściowo płucem pokryte tak, że rozmiary jego wypukiem nie dają się dokładnie oznaczyć. Tony serca umiarowe, jednak słabe. *Hernia inguinalis bilateralis.* Z tyłu od połowy prawéj łopatki na dół wypuk stłumiono-bębenkowy; tamże oddech powierzchowny oskrzelowy i rzężenia trzeszczące. Plwociny śluzowe, lepkie, tu i owdzie charakterystycznie rdzawo zabarwione. Zresztą badanie ujemne.

Rozpoznano: *Pneumonia crouposa dextra in emphysematico.* Zalecono *Infusum Ipecac.* z 0·50 na 200·00 naparu, z dodatkiem 6·00 *Natr. salicyl. S.* Co dwie godziny, po dwie łyżki. Daléj zaordynowano zimne okłady na głowę i kąpiel ze zlewaniem od 26°R. do 22°R rano, w południe i wieczór.

Na drugi dzień rano tj. 30 grudnia 1879 r. podczas wizyty porannéj około godziny 10téj spostrzeżono u chorego: zapad sił wysokiego stopnia, sinicę ogólną, odnogi lodowatochłodne, tętno sprychowe niewyczuwalne, konanie. Po odejściu lekarzy oddziałowych lekarz dyżurny przywołany skonstatował śmierć i kartkę dla trupiarni podpisał.

Jest zwyczaj w tutejszym szpitalu, że trup leży od dwóch do trzech godzin na sali, nim go wyniosą do kostnicy. Otóż w ciągu trzech następnych godzin po podpisaniu kartki leżał mniemany trup zawinięty w prześcieradło bez znaku życia. Dopiero, skoro go słudzy szpitalni do kostnicy znieść chcieli, zwróciły uwagę sługi oddziałowego, do téj sali przeznaczonego, jakieś słabe usiłowania i znaki życia, których jak opowiadał wytłumaczyć sobie nie umiał. Na własną odpowiedzialność odprawił parobków, gdyż go to interesować poczęło, a nie uważając za potrzebne wezwać dyżurnego lekarza, wlewał mu od czasu do czasu, mniéj więcéj co godzinę, po łyżce ciepłego rosołu do ust wpół przymkniętych. Po przybyciu na wizytę popołudniową około godziny 5téj, zdziwiło mnie zastanie kartki pośmiertnéj podpisanéj sześć godzin temu i obecność mniemanego trupa na sali. Dowiedziawszy się, o co rzecz idzie, znalazłem na razie brak

wszelkich znaków życia. Powoli odkryłem tętnienie tętnic szyjnych nadzwyczaj słabe i rzadko występujące, jakby jakiś rodzaj falowania słabego. Ruchów serca niesłychać wcale, wyczuć tém mniéj nie można było. Tętno na obwodzie niewyczuwalne. Całe ciało lodowato-chłodne. Brak odruchów na jakiekolwiek bodźce zewnętrzne, jak uderzenia, ukłucia, światło. Rogówki zmętniałe chociaż jeszcze niezapadłe, źrenice miernie zwężone nie oddziaływają na światło. Mięśnie karku, tułowia i odnóg stężałe drewnowato, jak w pośmiertném stężeniu w pozycyi takiéj, w jakiéj je po mniemanéj śmierci ułożono, mianowicie z rękami skrzyżowanemi na piersiach. Odnogi, przedewszystkiém ręce skrzyżowane, nie dają się wyprostować, ani szczęki od siebie oddalić. Usta na w pół otwarte. Po wstrzyknięciu trzech strzykawek Pravaza eteru siarczanego z kamforą pod skórę, po wlaniu około ćwierć litra koniaku w usta, w które z początku z szelestem spadał, dostrzegłem wzmaganie się liczby tętna na szyi. Następnie tętno sprychowe od czasu do czasu wyczuć się dawało. Powoli kąty ust zaczęły się poruszać, daléj mięśnie krtani. Powstały jakby jakieś słabe usiłowania oddechowe. Po obłożeniu w kilku miejscach całego ciała nie gorącemi ale, można powiedzieć, piekącemi bańkami z wodą, słychać ruchy serca. Sztywność owa rzekomo pośmiertna zaczyna się od karku ku dołowi zmniejszać, od czasu do czasu oddechy się ukazują. Pomału całe ciało ogrzewać się zaczyna, sztywność mięśni coraz mniejsza, a oddechy coraz częstsze. Po zastósowaniu sztucznego oddychania, następnie po włożeniu do ciepłéj kąpieli i zadaniu większéj ilości płynów pobudzających i ogrzewających, przytomność zupełnie powraca. Pierwsze słowa chorego są prośbą, aby go daléj ratować, gdyż w domu zostawił żonę i kilkoro dzieci. Nie wie, co się z nimi działo, czuje tylko, że się ocknął z głębokiéj niemocy.

Na trzeci dzień po przybyciu, a drugi po przywołaniu go do życia, tj. 31 grudnia 1879 r. stan chorego był następujący: Ciepłota 36·8, znaczna sinica ogólna, mierna ospałość. Na oblewanie wodą mało oddziaływa, źrenice wąskie, tętno sprychowe niemacalne. Tony serca zaledwo słyszalne, brzuch silnie ściągnięty i napięty, sztywność karku miernego stopnia, obrzękłość stóp. Kał bezwiednie oddaje pod siebie. W żyłach skórnych osobliwie z przodu klatki piersiowéj tworzą się skrzepy. Objawy fizyczne ze strony płuc jak wyżéj. Zaordynowano ciepłe bańki w nogi, letnie i koniak wstrzykiwania za pomocą lejka Hegara.

Wieczorem chory zupełnie przytomny, prosi o jedzenie, temperatura 37·°C. W następnych dniach t. j. 1, 2, 3 i 4go stycznia 1880 r., stan chorego względnie do zapalenia płuc, z częściowém tylko rozdzieleniem, dobry tak, że na własne i rodziny żądanie 4go stycznia został wypuszczony.

W piętnaście dni po wypuszczeniu, tj. 19 stycznia 1880 r., przybył znowu do szpitala z objawami nacieku zapalnego płuca prawego w stanie niezupełnego rozdzielenia i zapadem sił. Następnie, mimo odpowiedniego leczenia popadł w śpiączkę, a w nocy 21 stycznia 1880 r. umarł.

Protokół sekcyjny z dnia 22go stycznia wykazał: *Emphysema pulmonum progressum subsequente atrophia pulmonum. Bronchitis chronica. Residuae pneumoniae dextrae non resolutae. Hyperthrophia totius cordis, dilatatio ventriculi dextri, endocarditis chronica bicuspidalis et lateralis, steatosis musculi cordis. Hyperaemia et steatosis hepatis, tumor lienis chronicus. Sclerosis cerebri; nephritis interstitialis chronica et steatosis laevis renum. Catarrhus intestinorum chronicus.*

Tak z całego przebiegu cierpienia, jak i z wyniku oględzin pośmiertnych w przypadku niniejszym, nie umiem sobie stężenia opisanego wytłumaczyć inaczéj, jak tylko w ten sposób, że było ono t. zw. pośmiertne, ale za życia powstałe. Nekroskopija znacznie późniéj, bo w 20 dni po objawach stężenia przedsięwzięta, wcale nie wykazuje zmian takich, któreby były przyczyną stężenia owego z powodu cierpienia jakiegokolwiek ośrodka nerwowego. Zresztą przypuściwszy i owo kataleptyczne stężenie Du Bois Reymonda, nie byłoby ono stężeniem pośmiertném, ale stężeniem za życia powstałém lubo miało wszystkie cechy pośmiertne, jak chłód lodowaty odnóg, deskowate stężenie w tém położeniu, w jakiém po mniemanéj śmierci chory ułożony został. Jeszcze na drugi dzień po ocuceniu były objawy zamarcia życia na częściach obwodowych, ztąd owe zakrzepy w żyłach skórnych. W końcu co najbardziéj do stężenia posmiertnego przypadek ten czyni podobnym, to stopniowe znikanie samego stężenia w mięśniach, w których najpierw występuje, najpiérw téż i znika. W miarę występowania znaków życia, ustępowało ono stopniowo od góry ku dołowi. Zaczęło znikać od mięśni karku i żwaczy, daléj w mięśniach krtani, w końcu dopiero w mięśniach tułowia i odnóg.

Uważam przypadek powyższy za bardzo ważny dla policyi lekarskiéj. Gdyby się podobne obserwacyje powtórzyły, musiałby upaść pewnik, że stężenie pośmiertne samo przez się jest niezbitym dowodem śmierci.

III. Oceny i sprawozdania.

Ochłodzenie ciała ludzkiego za pomocą przyrządu oziębiającego Dumontpalliera i Galanta.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Akademii lekarskiéj w Paryżu d. 9 marca br.)

Cel, jaki autor pragnął osiągnąć, jest następujący: Obniżyć ciepłotę ciała ludzkiego stopniowo, trwale lub z przerwami sposobem, którego działanie dałoby się naukowo mierzyć każdéj chwili podczas doświadczenia terapeutycznego i to bez narażania chorego na żadne niebezpieczeństwo.

Przyrząd w tym celu używany składa się z dwóch części:

1) Okrywka oziębiająca, przeznaczona do rozprowadzenia jednostajnego na powierzchni ciała warstwy wody bieżącéj o ciepłocie oznaczonéj. Ta okrywka składa się z dwóch kawałków płótna, zeszytych ze sobą w ten sposób, że w przestworach równolegle do siebie przebiegających między szwami przebiega rura kauczukowa 40 metrów długa o 1 cm. średnicy. Okrywa ona ciało od pachy aż do pachwin. Może być skróconą do rozmiarów opaski okrywającéj klatkę piersiową i brzuch.

2) Przyrząd nazwany rozdzielającym, opatrzony kurkami z podziałką stopniową, jest w połączeniu z otworami przy początku i upuście opaski oziębiającéj. Kurki dozwalają regulować szybkość odpływu a ciepłomierze stósownie w pobliżu kurków umieszczone wskazują w każdéj chwili doświadczenia ciepłotę wody płynącéj przy wejściu i wyjściu z opaski oziębiającéj.

Do przyrządu przypływa woda lewarkiem zanurzonym w zbiorniku, umieszczonym 1·50 metra po nad płaszczyzną, na któréj leży chory.

Po zmierzeniu ciepłoty w pasze i kiszce stolcowéj obwija się chorego opaską i otwiera kurki; woda natychmiast napełnia przyrząd oziębiający. Chyżość prądu jest taka, że kurki wejścia i wypływu oznaczają ciepłotę prawie równą, lecz niebawem ciepłomierz przy wypływie podnosi się, gdyż woda opaski nabiera ciepłoty ciała. Póżniéj stopniowo ciepłomierz ten opada, albowiem ciepłota ciała nie wystarcza do utrzymania podwyższenia ciepłoty wody wypływającéj ze szybkością 1 litra i 80 centilitrów na minutę. W przeciągu czasu od 15, 20 do 25 minut, stósownie do chorych, obniża się ciepłomierz przy wypływie do 12 lub 11 stopni Cels. Od téj chwili można stwierdzić, że regulowanie się ciepłoty *(regulation thermique)* indywiduum badanego bywa pokonane przez prąd stały wody zimnéj i co 10 minut można się przekonać, że ciepłota opada o 1 do 2 dziesiętnych stopni w pasze i kiszce stolcowéj i to tak regularnie, że po upływie jednéj lub półtoréj godziny od chwili, kiedy regulowanie się ciepłoty zostało pokonane, obniżenie się ciepłoty ciała wynosi 1°, 1·50° do 2° Cels.

Zamknąwszy równocześnie kurki, widzieć można wkrótce, że oba ciepłomierze przyrządu równo się podnoszą z powodu, że ciało ludzkie oddaje nowe ilości cieplika opasce a woda w niéj zawarta usiłuje dojść do równowagi z ciepłotą na powierzchni ciała. To podnoszenie się ciepłomierzów przyrządu jest regularne i stopniowe, lecz ciepłomierze umieszczone w kiszce stolcowéj i w pasze nie ulegają zmianie przez piętnaście, dwadzieścia, trzydzieści minut. Niekiedy nawet stwierdzić można, że ciepłomierz w kiszce stolcowéj obniża się ciągle przez dwadzieścia, trzydzieści minut a nawet godzinę, podczas gdy ciepłomierz w pasze stoi jednostajnie albo nawet usiłuje się podnieść. Prawdopodobném jest, że w tych ostatnich razach powierzchnia ciała pożycza ciepłoty od części środkowych.

To progresyjne obniżanie się ciepłoty ciała daje się osiągnąć bez niebezpieczeństwa dla chorego. Obniżenie ciepłoty ciała odbywające się powoli, stopniowo, nie zagraża powstaniem nawałów gwałtownych ostrych.

Oto w krótkości uwagi zebrane po licznych doświadczeniach wykonanych w zamiarze wybadania siły oziębiającéj wzmiankowanego przyrządu:

1) Po piętnastu do dwudziestu pięciu minutach od rozpoczęcia doświadczenia ciepłota ciała ludzkiego opada dość regularnie o 1 do 2 dziesiętnych stopni co 10 minut, a po jednéj, półtory, dwóch godzinach można stwierdzić w kiszce stolcowéj obniżenie się ciepłoty stopniowe o jeden do dwóch stopni Cels.

2) Wstrzymując odpływ płynu oziębiającego nabyte obniżenie ciepłoty trwa przez pewien czas, stósownie do indywiduów badanych, przez dziesięć minut, pół godziny, a nawet godzinę.

3) Z doświadczeń wykonanych na ludziach zdrowych i chorych wynika, że regulowanie się ciepłoty fizyjologiczne jest trudniejsze do pokonania niż chorobowe.

4) Regulowanie się ciepłoty fizyjologiczne lub patologiczne bywa prawie zawsze pokonaném od chwili, gdy ciepłomierz przy wypływie z przyrządu wskazuje 12° C., w porze zimowéj przy płynie oziębiającym o 8° lub 10°.

Wyniki z téj pierwszéj seryi doświadczeń osiągnięto okrywką oziębiającą sięgającą od pach aż do stóp.

Druga seryja doświadczeń wykazała:

1) Ciepłota środkowa (centralna) nie ulega żadnéj zmianie przy prądzie wody 300 litrów o 6° C., przepływającym w godzinie i 40 minutach przez czapkę z rurek okrywającą skórę na głowie. Lecz ciepłota przewodu słuchowego zewnętrznego obniżyła się o 1·6° przy końcu doświadczenia.

2) Oziębienie odnogi górnéj lub dolnéj (sprawiające opadnięcie ciepłoty o 4° do 6° C. na ręce lub stopie) nie ma żadnego wpływu na ciepłotę środkową.

3) To samo spostrzeżono, gdy oziębianie odbywa się równocześnie na obu odnogach górnych.

4) Oziębienie równoczesne dwóch odnóg dolnych, utrzymywane przez 1½ godziny, wykazało opadnięcie ciepłoty w kiszce stolcowéj tylko o 0·2°.

5) Użycie poduszki z rurek, wydającéj półtrzecia litra wody o 10° na minutę, utrzymywanéj przez 40 minut w okolicy stosu kręgowego od potylicy aż do kości krzyżowéj, nie ma żadnego wpływu na ciepłotę.

6) Poduszka okrywająca całą przednią ścianę brzucha, trzymana przez 50 minut, wydająca 1½ litra na minutę, wywołała obniżenie się ciepłoty w kiszce stolcowéj o 0·4°.

7) Poduszka podobna pokrywająca samą tylko okolicę wątroby, wydająca 2 litry i 80 centilitrów na minutę, zawierająca przez 4 godziny bez przerwy prąd wody 11·5°, sprowadzała powoli lecz stopniowo i regularnie obniżenie się ciepłoty o 0·6° w kiszce stolcowéj.

8) Stwierdziwszy, że oziębiania częściowe miały albo słaby albo nie miały żadnego wpływu na ciepłotę ogólną, badał Dumontpallier, czyby oziębienie równoczesne ścian klatki piersiowéj i brzucha opaską piersiowo-brzuszną nie było dostateczne do obniżenia znacznego ciepłoty ogólnéj. Wyniki téj ostatniéj seryi doświadczeń upoważniają autora do twierdzenia, że oziębienie równoczesne ścian klatki piersiowéj i brzucha daje te same rezultaty, jak oziębienie całego ciała. W istocie za pomocą téj opaski osiągnął autor w trzech doświadczeniach, trwających od jednéj godziny do stu minut, obniżenie ciepłoty w kiszce stolcowéj o 1·1°, 1·3° i 1·9°.

Opaska piersiowo-brzuszna zupełnie zatém wystarcza do obniżenia o 1 do 2° C. ciepłoty ogólnéj.

Z tych uwag dadzą się wysnuć trzy następujące wnioski:

Oziębianie peryferyczne ograniczone do skóry na głowie, do okolicy potylicowo-kręgowéj, do odnóg górnych lub dolnych, okolicy przedniéj brzucha lub wątrobowéj, nie ma żadnego wpływu lub nader mały na ciepłotę ogólną.

Oziębianie całéj powierzchni ciała (przez obwinięcie tułowia i członków opaską oziębiającą) może obniżyć w krótkim przeciągu czasu, jednéj lub półtory godziny, ciepłotę środkową o 1° do 2° C.

Lecz oziębianie powierzchni piersiowo-brzusznéj wystarcza w tym przeciągu czasu do obniżenia ciepłoty ogólnéj ciała ludzkiego o 1° do 2° C.

Co się tyczy znaczenia terapeutycznego oziębiania w chorobach hyperpyretycznych, to ocenienie jego będzie dopiero późniéj możebném po uskutecznieniu wielkiéj liczby doświadczeń. (*La France médicale* 1880 Nr. 21). *v.*

Dr. Vidal. **Leczenie wilka** *(lupus)* **nacięciami.**

Ojcostwo metody skaryfikacyjnéj leczenia wilka, jak i skrobania patologicznych wyrośli téj choroby, należy się Volkmannowi. Squire tylko zmienił kształt łyżeczki Volkmanna, a nakłówania zastąpił nacięciami linijowemi. Lekarz ordynujący w paryskim szpitalu św. Ludwika Dr. Vidal zdał sprawę d. 15 listopada zeszłego roku Akademii Lekarskiéj z zastósowania metody skaryfikacyjnéj, która podług tego

dermatologa ma pierwszeństwo przed skrobaniem, wypalaniem itd. Vidal posługuje się nożykiem, którego brzeszczot, $2^1/_2$ cm. długi a 2 cm. szeroki, jest zakończony trójkątnie i obosiecznie na wzór grota lancy. Ująwszy nożyk jak pióro do pisania Vidal wbija go w patologiczne wyrośla wilka tak głęboko, aż uczucie pewnego oporu ostrzeże go, że dosięgnął tkanin zdrowych; odosobniony guzik nacina Vidal w kilku kierunkach; gdy zaś ma przed sobą znaczniejsze skupienia guzków, tak że wyrośla wilka zajmują znaczniejszy obszar, wykonywa on nacięcia linijowe; przy rozszerzeniu się wilka na znaczne przestrzenie ciała Vidal uskutecznia nacięcia linijowe częściami, jakby wysepkami, postępując z jednéj partyi do drugiéj; teoretycznie te zachody dadzą się wytłumaczyć tém, że w skutek przecinania i następowego zanikania naczyń krwionośnych uwiąd patologicznych wybujałości wilka jest następstwem braku soków odżywczych.

Rękoczyn ten mały wymaga więcéj cierpliwości, aniželi zręczności; doszczętne zniszczenie wybujałości wilka, nawet w pasie granicznym, gdzie już tylko spostrzega się nacieczenie tkanin zresztą zdrowych, jest warunkiem wyleczenia. Co do skuteczności téj kuracyi w rozmaitych postaciach wilka, to rzecz godna uwagi, a zarazem i pocieszająca, że te odmiany, które do dziś uznane są za najuporczywsze, najprędzéj ustępują przy zastósowaniu nacięć linijowych.

Do zachodów pooperacyjnych należy zatamowanie krwi, które odbywa się zwykle przez naciśnięcie powierzchni krwawiącéj gąbką, lub téż zastósowanie rozwodnionego rozczynu półtorachlorku żelaza, jeśli wyjątkowo tego okaże się potrzeba; po zatamowaniu krwi chory wraca do codziennych zajęć. Nacięcia należy powtarzać co dni ośm, aż do zupełnego wyzdrowienia; lecz rozsądna ostrożność nakazuje nie spuszczać chorego z oka przez czas dłuższy, ażeby tłumić wszelki popęd do odbujania utajonych resztek wyrośli wilka. Jeśli po operacyi powstanie obrzmienie zapalne, które należy do objawów korzystnie rokujących, to powstrzymując się od dalszych nacięć, aż do ustąpienia tego powikłania, należy stósować okłady przeciwzapalne. Blizna po wyleczeniu zwykle jest gładka a jéj barwa nie różni się od barwy zdrowéj skóry. Ból przy nacięciach jest bardzo słaby, gdyby jednak była potrzeba znieczulenia, przyrząd Richardsona oddaje najlepszą usługę. *Dr. Kwaśnicki.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Wstrzykiwania podskórne kwasu sklerotynowego przeciw krwotokom macicznym a mianowicie przeciwko mięśniakom macicy. Dr. Stumpf (*Arch. f. kl. Med.* t. 24) donosi o skuteczności kwasu sklerotynowego przeciw krwotokom w ogóle. Z początku używano do wstrzykiwań podskórnych 6%owego rozczynu wodnego tegoż leku. W 76 przypadkach na 100 uskutecznionych wstrzykiwań powyższego rozczynu, jakotéż i 8%owego, nie zauważono żadnéj reakcyi miejscowéj; wstrzykiwania rozczynu silniejszego wywołują w 57% odczyn miejscowy. Po użyciu 20—40%owego rozczynu powstały w 10·8% przypadków miejscowe nacieki i guzy, z których 2·6% przeszło w ropienie, 3·1% zaś wywołały lekką gorączkę przemijającą. S. używał kw. sklerotynowego przeciwko 3 menorrhagijom i 12 metrorrhagijom; pierwsze ustały po użyciu 0·2, a jedna nawet po jednorazowém wstrzyknięciu 0·08 grm. Krwotoki maciczne, zwłaszcza towarzyszące przewlekłym nieżytom macicy nie ustępowały niekiedy tak łatwo; zazwyczaj jednakże i tu wystarczało kilka wstrzyknięć, aby trwale powstrzymać krwawienie; raz tylko mimo 18 wstrzyknięć (razem 1·3 grm.) kwasu sklerotynowego, nie osiągnięto żadnego skutku.

W przypadkach poronienia i krwotoków połogowych wystarczało zazwyczaj jedno wstrzyknięcie, przy czém zauważano, że już 0·1 grm. wywołuje kurcze macicy. 5 wstrzyknięć po 0·1 grm. usunęły krwotoki towarzyszące mięśniakowi śródściennemu macicy nie zmniejszając samego nowotworu; w innym zaś przypadku skutkiem podawania na wewnątrz przez 7 dni po 0·2 kw. sklerotynowego 2 razy dziennie mięśniak podsurowiczy wielkości orzecha włoskiego zmalał do objętości orzecha laskowego. W 5 przypadkach krwotoków z narządów oddechowych (suchoty płucne w późnym okresie) kwas sklerotynowy był zupełnie lub prawie zupełnie bezskuteczny. W początkowych krwotokach płucnych (bez wykazać się dających zmian fizycznych) wystarczały 2—6 wstrzyknięć do zupełnego powstrzymania krwawienia. W krwawieniu z nosa S. nie widział żadnego skutku po kw. sklerotynowym, w 4 zaś przypadkach krwotoków żołądkowych towarzyszących przewlekłemu wrzodowi żołądka, tudzież w 5 przypadkach krwotoków kiszkowych w przebiegu duru brzusznego środek ten był bardzo skuteczny.

Równie korzystne wypadki po wstrzykiwaniach kw. sklerotynowego przeciwko krwotokom macicznym towarzyszącym mięśniakom interstycyjalnym macicy otrzymał Dr. Soczawa w Charkowie (*Allg. med. Centrztg.* 1880, N. 28). Codziennie wstrzykiwał po 0·1—0·3 grm. w nadbrzusze, naprzemian z jednéj lub drugiéj strony pępka. Prócz półgodzinnego pieczenia w miejscu wstrzyknięcia nie pojawiły się inne przypady ujemne; tylko u 3 chorych musiano zaniechać tegoż środka dla silnych bolów w brzuchu, gorączki i nudności. S. radzi zapisywać świeży rozczyn do każdorazowego wstrzyknięcia, gdyż kw. sklerotynowy rychło się psuje i może przez to wywołać przypady bardzo nieprzyjemne, (silną gorączkę, bóle w całém ciele, mianowicie bóle głowy i wymioty). Należy wstrzykiwać przez kilka miesięcy; zwykle dopiero po 20—40 wstrzyknięciach następuje wyraźny skutek. W 1 przypadku wstrzykiwano przez cały rok i 7 miesięcy (215 wstrzyknięć).

Z 18 przypadków mięśniaków macicy, leczonych w powyższy sposób, opisuje S. 6 przypadków, w których wynik leczenia był wcale zadowalający, gdyż we wszystkich można było stwierdzić zmniejszenie się nowotworów.

S. dochodzi do następujących rezultatów:

1) Wstrzykiwania podskórne kwasu sklerotynowego mogą być bardzo pożyteczne w terapii ginekologicznéj.

2) Powstrzymują krwotoki maciczne, powoli lecz pewnie.

3) Po dłuższém użyciu (rok i jeszcze dłużéj) nie tylko powstrzymują wzrost nowotworów, ale nawet przyczyniają się do ich zmniejszenia.

W 6ciu przypadkach mięśniaków macicy podawano także kwas sklerotynowy na wewnątrz po 0·5 grm. 4 razy dziennie; mimo dłuższego użycia nie zauważono żadnego wpływu na krwotoki ani téż zmniejszania się nowotworów.

ss) Na podstawie doświadczeń terapeutycznych z proszkiem i wyciągiem suszonych liści *yerbae santae*, środka znanego w Kalifornii pod nazwą „*gum-weed*“ i „*montain balsam*,“ poleca Wilson lek ten przeciw najrozmaitszym sprawom nieżytowym. Składnikiem działającym *yerbae santae* jest pewna żywica. Liście sproszkowane podawał W. po 1·0 grm. z kleikiem liposoku arabskiego, ulepkiem lub gliceryną, albo téż w pigułkach. Suchy wyciąg był równie skuteczny w dawkach 0·2—0·6 grm. Według W. lek ten zaliczyć należy do szczmiących i narkotycznych;

w wszelkich cierpieniach błon śluzowych (*laryngitis, bronchitis* itd.) ma znacznie skracać przebieg sprawy chorobowéj, nie psując bynajmniéj trawienia. Lek ten ma także działać moczopędnie. (*Centrlbl.* Nr. 8, 1880).

(K. Gr.) Prof. Klebs (z Pragi) i prof. Tommasi (z Rzymu) czynili doświadczenia nad zaduchem zimnicy w ciągu wiosny r. 1879 w prowincyi włoskiéj Romagna. Według doniesień Klebsa znaleźli w gruncie i w dolnych warstwach powietrza podłużny grzybek z małemi łatwo poruszalnemi zarodnikami (*sporae*). Grzybek ten, nazwany przez wspomnianych badaczy *Baccillus malariae,* ma mieć długości 9 mikromilimetrów. Przy zadawaniu zwierzętom zarodników tego grzybka udało im się według woli wywoływać objawy zimnicy i obrzmienia śledziony. (*Gesundheit* V, Nr. 5). (Już w r. 1861 Salisbury profesor w Cleveland (w stanie Ohio w Ameryce) upatrywał przyczyny zakażenia błotnego w wodoroście należącym do rodziny *Palmellaceae.* Miał on go odkryć w rosie, którą udało mu się zebrać na płyty szklane po nad bagnem; również miał go znaleść w ziemi bagnistéj łąki, w sąsiedztwie któréj zimnica panowała. Część ziemi, w któréj znajdowały się te pasorzyty umieścił S. w pokoju, w którym 2 mężczyzn zdrowych spało a po 12, względnie 14 dniach zapadli oni na zimnicę. *Przyp. sprawozd.*)

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VIII z dnia 21 kwietnia 1880.

Przewodniczący Wiceprezes Dr. Grabowski. Obecnych członków 20.

1. Kol. Zarewicz odczytał wniosek kol. Kopffa: aby członkowie Tow. lek. otrzymywali przed posiedzeniem na piśmie wnioski, które mają być na posiedzeniu roztrząsane, szczególniéj jeżeli te dotyczą zmian statutu. Po poparciu tego wniosku przez kol. Zarewicza a przedstawieniu trudności w wykonaniu go przez kol. Obalińskiego postanowiono na wniosek kol. Blumenstoka odesłać tę sprawę jako czysto administracyjną do komitetu.

2. Kol. Mars odczytał rzecz o endemii gorączki połogowéj. (Będzie zamieszczoną w całości w Przeglądzie Lekarskim).

W dyskusyi kol. Jordan przyznaje, że zazwyczaj przepełnienie zakładu jest przyczyną gorączki połogowéj, jak o têm miał sposobność przekonać się w czasie, gdy był asystentem kliniki, że w kursie letnim, kiedy zakład był najwięcéj przepełniony, najliczniéj wydarzały się wrzody połogowe, zwykle w 2—3 dniu po porodzie występujące. Przyczyną tego było przeludnienie, częściowo też złe powietrze, ale największą winę złego przypisać trzeba niedostatecznéj separacyi i nie należytemu przestrzeganiu czystości, gdyż wszelkie polecenia rzadko bywają w zakładzie ściśle wykonywane. Jako wybitny przykład gorączki połogowéj, powstałéj z przyczyn zewnętrznych czyli zakażenia od zewnątrz zakładu, przytoczył przypadek z r. 1872 dotyczący trzech położnic, zmarłych prawie równocześnie na klinice na gorączkę połogową, u których można było dokładnie wykazać źródło zarażenia. W praktyce prywatnéj widział w zimie r. 1878 na Kazimierzu b. częste przypadki gorączki połogowéj, może do 20—40 przypadków przez zimę był wzywany, a wszystkiemi opiekowała się jedna akuszerka. Dopiero po zwróceniu uwagi akuszerki na winę złego i gdy ta rad kol. Jordana usłuchała i więcéj przestrzegała czystości, zupełnie ustała gorączka połogowa. Kol. Warschauer zapytuje prelegenta czy podczas endemii w klinice panowała także gorączka połogowa i w mieście i czy leczenie gorączki połogowéj wywarło skutki pomyślne, tudzież namienia, że według jego zdania zakażenie położnicy zależy od kilku momentów naraz, które według obecnego stanu nauki dosyć są jeszcze dla nas ciemne. Kol. Kohn oświadcza, że podczas panowania endemii w klinice był przebieg połogów w szpitalu jak najpomyślniejszy, tudzież, że etyjologija gorączek połogowych nie jest znów tak ciemną, jak sądzi kol. Warschauer, ale że ostatnie powstają nie na tle jakichś wpływów atmosferycznych lub nam nieznanych, lecz że zawsze brak czystości je wywołuje. Kol. Pisek zapytuje, czy w obec licznych przypadków gorączki połogowéj obserwowanych na klinice można było za życia rozpoznać i wyróżnić jednę z 4 form gorączki połogowéj podanych przez Liska.

Prelegent odpowiada kol. Jordanowi, że dziś o wiele są stósunki pomyślniejsze w klinice położniczéj, niż dawniéj, że klinika rozporządza większą ilością narzędzi, naczyń i sprzętów i że w skutek tego lepiéj można przestrzegać i przestrzega się czystości. Nie uważa zaś przepełnienia za jedyną przyczynę choroby, ale wśród wielu innych warunków przepełnienie jest bodźcem do wywołania zakażenia. Kol. Warschauerowi odpowiada, że działanie lecznicze środków dezinfekcyjnych w gorączkach połogowych jest bardzo korzystne, po zastósowaniu tychże nie tylko gorączka opada, ale i cały stan chorobowy na lepsze się zmienia. Że liczne momenta wywołują wystąpienie gorączki połogowéj, o têm prelegent nie wątpił, w dzisiejszym atoli odczycie chciał uwydatnić wystąpienie endemii gorączki połogowéj, czemu niektórzy przeczą. Na zapytanie zaś kol. Piska oświadcza, że jakkolwiek odróżnienie poszczególnych postaci gorączek połogowych jest bardzo trudne, to przecież czasem udaje się jednę z nich dokładnie wyróżnić.

3. Przewodniczący przedstawił czterech kandydatów na członków komitetu, który pod przewodnictwem Prof. Janikowskiego ma się zająć krokami przygotowawczemi Zjazdu lekarskiego w r. 1881 odbyć się mającego. Zgodnie z wnioskiem komitetu wybrano na członków tego komitetu koll. Domańskiego, Grabowskiego, Rosnera i Wasylewskiego.

Dr. Wasylewski.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie IV zwyczajne z d. 23 marca 1880 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 7.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Przewodniczący odczytuje pismo nadesłane od Towarzystwa opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie, z oświadczeniem, że obecnie nie jest w możności zająć się urządzeniem filii szpitalnéj dla dzieci zołzowych w Rabce lub Wieliczce, gdyż nie posiada na to odpowiednich funduszów. Przyjęto do wiadomości.

3. Przewodniczący przedkłada pismo Zarządu zdrojowego w Szczawnicy, z prośbą o wskazówki co do urządzenia tamże i pożyteczności przyrządów do ćwiczeń gimnastycznych dla chorych piersiowych. Po krótkiéj dyskusyi rzecz tę oddano do referatu Dr. K. Grabowskiemu.

4. Dr. M. Śliwiński odczytał rzecz p. n. Kulaszne, uzdrowisko żętyczno-klimatyczne. Praca ta streścić się daje w krótkości jak następuje: Ze względu, że zakład „Kulaszne“ bardzo mało jest znany dotychczas publiczności lekarskiéj, podał prelegent bliższe szczegóły odnoszące się do powstania i rozwoju zakładu i opisał miejscowość jako też zakład, przedstawiając zarazem fotografowane widoki ważniejszych miejsc w Kulaszném. Zakład wymieniony leży na Beskidzie, w powiecie Sanockim, w dolinie rzeki Osławy, otoczony ze wszech stron górami różnéj wysokości. Wzniesienie 1270 stóp wied. nad poziom morza. Zakład będący własnością p. Truskolaskiego, a zbudowany za poradą Dra Ziembickiego ze Lwowa, składa się z 4 domów mieszczących 52 pokoje gustownie i wygodnie umeblowane. W domu głównym (*Kurhaus*) mieści się restauracyja, sala balowa, czytelnia, apteka i mieszkanie lekarza. Stacyja kolei, telegraf i poczta są w zakładzie. Bardzo to ważne dla chorych, że nie potrzebują dojeżdżać wozami; bowiem stacyja kolei żel. Szczawne graniczy z zakładem. Koléj przemysko-łupkowska łączy zakład bezpośrednio z Przemyślem, dokąd jest mil 15; Sanok oddalony o 3 mile, Łupków o 4. Dla zdrowych przybyłych do zakładu dla towarzystwa chorych, lub dla własnéj przyjemności, urządza właściciel corocznie kilka balów i wycieczki towarzyskie w góry, obfitujące w piękne okolice. Zakład posiada park

sosnowy, przez który przepływa rzeka Osława, służąca do kąpieli. Znajdują się też wanny do kąpieli ciepłych i aparaty inhalacyjne, których chorzy wedle uznanéj przez lekarza potrzeby używają. Aparat leczniczy Zakładu stanowią trzy główne czynniki: świeże górskie powietrze, woda w rzece Osławie i żętyca. Klimat w Kulasznêm łagodny, stósownie do wzniesienia téj miejscowości; temperatura dzienna nie przedstawia gwałtownych skoków, a wiatry silniejsze powstrzymują okoliczne góry. Roślinność bujna, prawie alpejska. Woda w Osławie czysta i zimna, zawsze niższéj ciepłoty niż powietrze. Nad żętycą zastanawiał się prelegent dłużéj, a pomijając teoryje działania téjże na organizm jako znane, stwierdza dowodami zaczerpniętemi z praktyki skuteczność téjże jako odżywki. Chorych przybyłych do zakładu na kuracyję żętyczną ważył autor za przybyciem do zakładu i na odjezdnêm, i przekonał się, że wszystkich, mimo 24 chorych piersiowych, przybyło na wadze, gdy przeciwnie kilka osób, które żętycy nie używały, pozostających w tych samych warunkach higijenicznych, na wadze ubyło. Jako świetny przykład przytoczył chorego, którego po 2 miesiącach używania żętycy przybyło 22 funty. U innych znalazł prelegent przeciętnie 7 funtów przybytku na wadze na miesiąc. Między koniecznemi warunkami skuteczności żętycy uważa prelegent świeżość téjże za najważniejszy. W Kulasznêm otrzymuje się żętycę z dopiero co wydojonego mleka 500 owiec, pasących się na górach obok zakładu; żętycę taką podaje się chorym według ordynacyi lekarza, ogrzaną do pewnéj ciepłoty, w odstępach czasu oznaczonych, dwa razy dziennie. W dalszym ciągu odczytał prelegent sprawozdanie z sezonu letniego 1879 r. W tym roku zwiedziło zakład 97 osób, z których znaczna ilość przybyła tylko dla przyjemności lub dla towarzystwa chorych. Z pomiędzy chorych przypada na choroby płuc 24, na niedokrewność 13, wady sercowe 2, zołzy 1, i kilkanaście przypadków chorób części rodnych kobiecych. U wszystkich chorych z początkowemi zmianami w płucach, mianowicie z nieżytem szczytowym, zauważył prelegent zupełny powrót do stanu prawidłowego; u chorych ze zmianami rozleglejszemi, zmniejszenie się przykrych objawów podmiotowych i przybytek na wadze, tyle ważny w tego rodzaju cierpieniach. Prelegent zakończył rzecz przytoczeniem kilku przypadków chorobowych, w których starał się wykazać wpływ powietrza na obniżenie gorączki u suchotników. I tak u jednego chorego spadła ciepłota do stanu prawidłowego już po 3 dniach przebywania w parku od rana do wieczora, mimo to, że zmiany w płucach były znacznych rozmiarów, a gorączka wynosiła 39·0°C. Zauważył także, że ilekroć późniéj chorego trzeba było dla sloty zatrzymać w łóżku, tyle razy gorączka się wzmagała a chory słabł. Przeciwko potom u suchotników najlepsze usługi oddawało połączone działanie koniaku i świeżego powietrza.

W dyskusyi nad tym odczytem Dr. Smoleński zwraca uwagę, że w przypisywaniu żętycy wysokiéj wartości leczniczéj, jak to czyni prelegent, należy być nader ostrożnym i starać się wykluczyć wszelkie inne wpływy tak zewnętrzne jako i wewnętrzne, zanim ten lub ów objaw pomyślny, postrzegany po użyciu żętycy, środka ze względów teoretycznych dość obojętnego, przypisze się jéj saméj działaniu. Wzmaganie się ciężaru ciała u chorych używających żętycy, mające zdaniem prelegenta służyć za dowód znacznéj wartości odżywczéj żentycy, mogło zależeć od wielu innych okoliczności i warunków, czy to osobniczych, czy zewnętrznych. Te same wątpliwości nasuwają się co do własności żętycy, jako środka przyspieszającego wessanie wypocin zapalnych. Dr. Ponikło nie skłania się do zdania prelegenta, jakoby postrzegane u suchotników opadanie i znikanie gorączki przypisać należało działaniu przeciwgorączkowemu powietrza w Kulasznêm, gdyż w przypadkach tych mógł istnieć niezależnie od tego przebieg gorączki z torem przepuszczającym lub zwalniającym. Dr. Buszek zwraca uwagę na potrzebę czynienia w Kulasznêm ścisłych postrzeżeń meteorologicznych, wnosząc, aby zarząd Kulasznego postarał się u Akademii Umiejętności o założenie tamże stacyi meteorologicznéj niezupełnéj. Po dalszych jeszcze uwagach Przewodniczącego, Dra Kwaśnickiego i prelegenta

5. Dr. Skórczewski odczytał z swéj dyjetetyki zdrojowéj rozdział o kąpielach.

Na têm posiedzenie zamknięto. Sekr. *Dr. Smoleński.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 16 ospa nie zmieniła się w Londynie. Leczyło się w szpitalach 200, zapadło świeżo 44, umarło 9. W Budapeszcie umarło 10, w Paryżu 49, w Petersburgu 4, w Bukareszcie 17, w Wiedniu i Pradze po 16, w Madrycie 18, w Barcelonie 6. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 45, w Warszawie 10, w Petersburgu 65. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 57, z duru powrotnego 34. Z odry umarło w Berlinie 19. Z żółtéj febry umarło od 16—29 lutego w Rio de Janeiro 255 W tygodniu 17 umarło w Krakowie 2 z ospy i 1 z czerwonki, a doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach ospy (z ul. Karmelickiéj l. 162); 6 płonicy (2 z ul. Dominikańskiéj l. 487, 3 ze szpitala św. Ludwika, 1 z Tarnowa); 2 duru brzusznego (z ul. Zwierzynieckiéj i z Rynku Kazimierskiego), 3 róży i 10 zimnicy.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 16 umarło na 1000 mieszk. i rok w Krakowie 34,0; we Lwowie 43,7; w Poznaniu 32,4; w Wiedniu 35,5; w Budapeszcie 41,5; w Pradze 47,1; w Tryjeście 34,4; w Berlinie 29,8; w Wrocławiu 29,8; w Mnichowie 52,4; w Dreźnie 29,8; w Lipsku 25,2; w Bazylei 30,6; w Brukseli 24,6; w Paryżu 31,4; w Londynie 21,6; w Kopenhadze 26,7; w Stokholmie 28,1; w Petersburgu 59,2; w Odesie 35,7; w Rzymie 39,7; w Wenecyi 30,7; w Bukareszcie 35,9; w Madrycie 41,4; w Nowym Yorku 24,2; w Rio de Janeiro (od 16—29 lutego) 74,9; w Bombayu 40,8; Madrasie 41,7. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 maja. Rada m. Krakowa na posiedzeniu wczorajszêm większością głosów obrała fizykiem miasta Dra Jana Buszka.

* Otrzymaliśmy znów obszerny memoryjał wydziału gospodarczego związku stowarzyszeń lekarskich rakuskich w sprawie Izb lekarskich, polemizujący przeciw antagonistom tychże Izb. Nie wchodzimy tu w szczegóły, ponieważ sprawa ta widocznie skazaną została w komisyi Rady państwa na odwłokę.

* *Gaz. Lek.* pisze: Sprawą zamierzonego wybudowania ogólnego szpitala dla obłąkanych dla kraju Królestwa Polskiego wchodzi w nową fazę. W Warszawie otrzymano z Petersburga polecenie rozpatrzenia wniosku zbudowania pomienionego zakładu w blizkości stacyi kolei żelaznéj warszawsko-wiedeńskiéj, Pruszków (14 wiorst od Warszawy odległéj). Dnia 16go bm. zwiedziła miejsce na ten cel przeznaczone komisyja z ramienia wyższéj władzy obrana, w skład któréj weszli Drowie Walter inspektor szpitali cywilnych i Rothe naczelny lekarz szpitali dla obłąkanych. Proponowane miejsce, będące własnością p. Kryńskiego, zwane Tworki, zajmuje przestrzeń $3\frac{1}{2}$ włóki, odległą od Pruszkowa o $1\frac{1}{2}$ wiorsty, przeważnie piaszczystą, dosyć wysoko położoną, w obrębie któréj jest mała rzeczka i las sosnowy kilka morgów rozległości. Blizkość stacyi kolei żelaznéj i Warszawy, grunt suchy, rzeka i las przemawiają bardzo korzystnie za tą miejscowością, przeciwko któréj znowu przemawia względna odległość od Warszawy, zwłaszcza dla zarządu gospodarczego w zakładzie i dla mających tam ordynować lekarzy. Jedna i ta sama okoliczność, jak widzimy, może być z jednéj strony pomyślną, z drugiéj przeciwną wnioskowi, który z tego powodu właśnie musi być bardzo dokładnie i wszechstronnie omówiony. Wszakże o to omawianie nie mamy wcale obawy, widząc, że projekt zbudowania ogólnego zakładu dla obłąkanych roztrząsa się już lat 23 — oczywiście z dobrym skutkiem, kiedy dotąd jeszcze nie zgodzono się na miejsce, w którém zakład ma być postawiony.

* **Berlin.** Tajny radca Finkelnburg porzucił posadę swoję w niem. urzędzie zdrowia i wraca do Bonny jako prof. nadzwyczajny.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Karol Hoüsselle w Berlinie zamianowany został rzeczywistym starszym tajnym radcą lekarskim z rangą radcy 1széj klasy. (Czy takiego dygnitarza nie można by nazwać krócéj?)

* **Nekrologija.** Po długich cierpieniach umarł w Warsza-

wie dnia 23 kwietnia rb. Piotr Lewitski, prof. kliniki chorób wewnętrznych. Śp. Piotr urodził się dnia 30 września 1838 r. w mieście Krasnosłobodzku, gubernii Penzeńskiéj, nauki lekarskie ukończył w Kazańskim uniwersytecie. Przechodząc powoli wszystkie stopnie hierarchii uniwersyteckiéj, sumienną pracą na polu praktyczném i naukowém uzyskał w r. 1869 profesurę specyjalnéj patologii i terapii w Kazańskim uniwersytecie; lecz po dwóch latach okoliczności zmusiły go do porzucenia tego miejsca. W r. 1873 przeniósł się do Warszawy, gdzie z początku wykładał patologiję i terapiję specyjalną, następnie ulegając życzeniu Wydziału lekarskiego przyjął na siebie obowiązki prof. kliniki chorób wewnętrznych w szpitalu Dzieciątka Jezus. Głęboką znajomością przedmiotu i sumienném wypełnianiem swych obowiązków wnet zyskał szacunek młodszego pokolenia lekarzy. Śmierć jego wszystkich przejęła głębokim smutkiem; gdyż śp. Lewitski był nie tylko dzielnym profesorem, lecz i prawym człowiekiem. Oddany nauce umiał zamiłowanie do niéj wzbudzać w młodzieży uniwersyteckiéj; mając szlachetne dążności poznał język i tutejsze stosunki; dla tego młodzież przejęta szczerym żalem nad stratą tego, który uczciwie dla jéj dobra pracował, na własnych ramionach przeniosła doczesne szczątki śp. Lewitskiego i złożyła na jego grobie wieniec laurowy z napisem: „Profesorowi Lewitskiemu słuchacze medycyny.“

Warszawa, 28 kwietnia 1880 r. *N.*

W Łęczycy umarł Dr Augustyn Thugutt w 57 roku życia a w Warszawie Dr. Aleksander Kurcjusz.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 18: Blumenstoka: Opinija sądowolekarska w sprawie wątpliwego życia noworodka (dok.); Kondratowicza: Uwagi o cięciu cesarskiém według sposobu Porro dokonywaném (dok.); Zejdowskiego: Kilka słów o leczeniu suchót płucnych kumysem z mleka kobylego (dók.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 18: Pacanowskiego: *Tumor abdominis et Graviditas, laparo-hysterotomia* (dok.); Majkowskiego: Sprawozdanie lekarskie z Buska (c. d.); Krasińskiego: Kwestyja sanit. m. Warszawy (C. d.) — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 10: Jurasza: O nowym przyrządzie do badania jam nosowych z przodu.

Redakcyja otrzymała:

Dr. A ŚWIRSKI: Iwonicz jako zakład zdrojowo-kąpielowy i jego środki lecznicze Jasło 1880, in 8vo, str. 79 z mapą.

Dr. G. BECK'S Therap. Almanach. 7 Jahrb, 1880. Berlin, J. Dalp 1880. in 16., str. 74.

Prof. Dr. ADAMKIEWICZ (w Krakowie): Die feineren Veränderungen in den degenerirten Hintersträngen eines Tabeskranken. (Osobne odbicie z Archiv f. Psych. X, 3 in 8vo str. 11 z tabl.).

Sprostowanie. W artykule prof. Nawrockiego: „O muskarynie“ Nr. 17 str. 222, pierwszy wiersz od góry zamiast „podrażnienia ośrodkowych zakończeń,“ ma być „podrażnienia obwodowych zakończeń.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Odezwa zarządu zdrojowego w Szczawnicy.

Z powodu z roku na rok wzmagającéj się liczby ubogich zwłaszcza starozakonnych, przybywających do zakładu szczawnickiego ze świadectwami ubóstwa (nie zawsze legalnemi) pomimo zakazu naprzykrzających się o jałmużnę, a brudném i nieporządném odzieniem, oraz nieprzyzwoitém zachowaniem się, wstręt wzbudzających w osobach leczenia zdrojowego używających, gdy liczba ich w zeszłym roku doszła do kilkuset, Komisyja zdrojowa była zmuszoną postanowić co następuje:

1. Uwolnionemi od opłaty taksy zdrojowéj, będą tylko krajowcy prawdziwie ubodzy, zaopatrzeni w legalne świadectwa ubóstwa, wystawione przez Zwierzchność gminną, a zatwierdzone przez c. k. Starostwo. W świadectwie têm ma być wyraźnie podane, że przedstawiający nie posiada dostatecznych funduszów do utrzymania się (żyje wyłącznie z obcéj pomocy). Nadto uwolnionemi będą tylko używający leczenia zdrojowego w czasie od otwarcia pory zdrojowéj do końca czerwca, oraz od 15go sierpnia do końca pory zdrojowéj.

2. Do picia wód przy zdrojach wolno przystępować tylko w odzieniu czystém, schludném: nie rażącém oka, oraz zachować się przyzwoicie, czego przestrzegać będzie straż zdrojowa. Nie stosujący się do tych przepisów, nie będą dopuszczonemi do zdrojów.

Uprasza się Szanownych Panów Lekarzy, wysełających chorych do zdrojowiska, aby na powyższe rozporządzenie uwagę interesowanych zwrócić raczyli.

Szczawnica dnia 20 kwietnia 1880 r.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 15 maja 1880. Nr 20. Rok XIX.

TREŚĆ: I. KOHN. Przyczynek do kazuistyki drenowania macicy choréj po porodzie. — II. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych Prymaryjusza Dra Zarewicza w Krakowie. GLÜCK. Silphium cyrenaicum przeciw dymienicom ostrym. — III. SZEPAROWICZ. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj. 5. Kazuistyka chirurgiczna krtani. c) Uwagi nad mechaniczném leczeniem cieśni krtaniowéj (*Laryngostenosis*) i kazuistyka. (Dok.). — IV. *Oceny i sprawozdania*: BILLROTH. O grużlicy. LEBER. Przyczynek do etyjologii wewnątrzgałkowych spraw zapalnych. — *Wiadomości pomniejsze*. — V. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. — VI. *Wiadomości bieżące*.

I. Przyczynek do kazuistyki drenowania macicy choréj po porodzie.

Podał Dr. Maksymilijan Kohn.

„Proces połogowy (*febris puerperalis*) jest chorobą zymotyczną, ostrą, która przy skłonności indywidualnéj już to szkodliwemi wpływami ogólnemi, jak wpływy psychiczne, zaziębienie i t. p., już to, jak po większéj części się dzieje, wpływami osobliwemi epidemicznemi lub endemicznemi, przyrzutami, istotami rozkładowemi wywołaną być może, przyczém ta osobliwość obca organizmowi działa jako ferment, który do krwi wprowadzony sprowadza gorączkę“.

„Choroba ogólna główną jest sprawą, umiejscowienia jéj zaś w jamie macicy, w jamie otrzewny, żyłach i naczyniach limfatycznych uważać należy tylko jako produkta fermentacyjne“.

Temi słowy jeszcze w r. 1857 określił Karol Braun istotę i pojęcie gorączki połogowéj, przytaczając odpowiednio temu pojęciu kilkadziesiąt momentów etyjologicznych z najrozmaitszych kierunków.

Zaledwie kilkanaście lat od tego czasu minęło, a pojęcie gorączki połogowéj stało się zupełnie inném, a nawet, wprost przeciwném. Rokitansky opisał *Endometritis puerperalis* jako zmianę pierwotną, będącą początkowém ogniwem całego łańcucha rozmaitych zmian chorobowych, powstających już to z postępowania spraw chorobowych w sąsiedztwo, już to z przerzutu, aż do ogólnego zakażenia krwi ropnego (*Pyaemia*) lub septycznego (*Septicaemia*), będącego znowu ostatecznym wyrazem postępującéj sprawy chorobowéj. Dowiedzieliśmy się, że między temi krańcowemi obrazami chorobowemi liczne są pośrednie ogniwa, że tak częsta *Pelveocellulitis* z imbibicyi brudnych i rozłożonych odchodów połogowych najczęściéj pochodzi, że *Perimetritis*, *Metrophlebitis* i t. d. są dalszym naturalnym objawem zmiany pierwotnéj i t. p., jedném słowem przyszliśmy do ogólnie teraz znanego pojęcia istoty gorączki połogowéj; a odkąd Semelweiss w Wiedniu pierwszy wykazał, iż przyczyną téj choroby jest zakażenie miejscowe i środkami ochronnemi zaprowadzonemi w téj myśli obniżył w zakładzie położniczym wiedeńskim procent śmiertelności do niepoznania, etyjologija w grubszym zarysie także się stała naszą własnością i zaczęto myśleć o terapii. Nie wchodzę tu w delikatniejsze odcienia następnych prac w tym kierunku, w rozbiór rozmaitych rodzajów grzybków odnajdywanych jako istoty zakażające, w ścisłe obserwacyje, czy klimat, kierunek wiatru, woda, miejscowość i t. d. szkodliwy wpływ wywierają, czy choroba ta występuje endemicznie lub nie, gdyż to teraz nie ma styczności z naszym przedmiotem; dość na tém, że przypuściwszy zakażenie miejscowe za pewnik, w tym kierunku musiano urządzić terapiję i zaczęto od części jéj najważniejszéj, tj. od środków ochronnych.

Czystość w zakładzie, odwietrzanie i dezinfekcyja sal i przyrządów, odosobnianie położnic chorych od zdrowych, uwaga lekarzy i akuszerek, aby nie być przenosicielami przyrzutu, kwas karbolowy, są to wszystko dopiero późniejszych lat zdobycze, którym niewątpliwie krocie położnic zawdzięczają zdrowie i życie. W Anglii tak dalece surowi są w przestrzeganiu środków ochronnych, iż tamtejsi autorowie wymagają, aby lekarz, który leczy położnicę chorą na gorączkę połogową, na kilka tygodni zrzekł się wszelkiéj praktyki akuszeryjnéj. Procent śmiertelności zmienił się do niepoznania, z 14% i wyżéj lat dawniejszych obniżył się do 2% i niżéj w zakładach wzorowych.

Nie bez tego wszakże, aby przy odpowiednich warunkach niekorzystnych i dziś nie zdarzały się przypadki zakażeń położnic z następową *Endometritis puerperalis* i gorączką połogową i przeciw téj chorobie się zwracając nowsi lekarze rozpoczęli z nią walkę nieubłaganą, obecnie wprawdzie jeszcze nieskończoną, obiecującą dziś już jednakże rychłe i zupełne zwycięztwo. Zbytecznem byłoby zdaje mi się mówić tu jeszcze, iż tylko leczenie miejscowe za jedynie racyjonalne w téj chorobie uważać należy, gdyż dopiero od wprowadzenia takowego w użycie rezultaty dodatnie osiągnąć się dały; pomijam także pierwsze nieśmiałe kroki na téj drodze, jak wstrzykiwanie pochwy, wstrzykiwanie kilku kropel płynnego leku do jamy macicy itp. i przechodzę do nowszych sposobów rzeczywistego leczenia.

Pierwszy F r i t s c h ogłosił w r. 1876 (*Volkmanns Vorträge*, N. 107), dobre wyniki przestrzykiwania macicy choréj po porodzie przez kateter wprowadzony do jamy macicy i wypowiedział w ten sposób zdanie między akuszerami wówczas już dość rozpowszechnione. Wkrótce jednak R i c h t e r, K ü s t n e r, sam F r i t s c h i H e r d e g e n donosili o nieprzyjemnych zajściach przy téj metodzie leczenia spostrzeganych. Czasem bowiem po takiém przestrzykiwaniu występowała nagle bezprzytomność, sinica, kurcze kloniczne, chwilowa przerwa w oddychaniu, a potém nieznaczny krwotok. Stan taki trwał godzinę, dwie, a nawet pół dnia. Z siedemnastu takich przypadków żadna chora wprawdzie nie umarła; były to jednak okoliczności przykre, zdolne zachwiać dobry sąd o téj metodzie leczenia, tém więcéj, ile że w praktyce prywatnéj mogły wprowadzenie téj metody wprost uniemożebnić, a głównie w téjże potrzeba pewnego leczenia w tym kierunku czuć się daje, gdyż w zakładach środki ochronne gorączkę połogową robią coraz rzadszą. Starano się o wytłumaczenie tych zjawisk: zdanie, iż były one wynikiem zatrucia karbolowego, zbił F r i t s c h wykazując, iż miał takie same przypadłości, wstrzykując kwas salicylowy; H e r d e g e n i V e i t odnoszą cały zbiór tych objawów do narządu nerwowego, przypisując go używanemu narzędziu. Nadto przy téj metodzie ta okazała się niedogodność, że wprowadzając zawsze za każdym razem na nowo cewnik, lekarz łatwo znowu już to cewnikiem, już to palcem wprowadzić może w części rodne nowe istoty zakaźne i sam się może zakazić i bądź co bądź nie może być uwazaném za dobre lub za obojętne tak częste dotykanie cewnikiem granulacyj w szyjce macicznéj się znajdujących.

Niedogodności tych starano się uniknąć wprowadzając w użycie miękki dren kauczukowy miasto cewnika, używając rurki tak długiéj, aby koniec jéj ze szpary sromowéj na zewnątrz się dostawał i zostawiając ją stale w macicy. Pierwszy L a n g e n b a c h (*Z. f. Geb. u. Gyn.* II, 83) podał, iż dren w jamie macicy 19 dni leżący bez przerwy nie sprawił żadnych niedogodności, a S c h e d e (*Berl. klin. Woch.* 1877), dren używany przez Trendelenburga do pęcherza zastósował także do użytku naszego. Jest to dren długi z krótką na górnym końcu poprzeczną beleczką, jaki łatwo sobie samemu przyrządzić, dający rękojmię utrzymania się w jamie macicy właśnie oporem téj poprzecznéj beleczki. Takiego drenu używałem i ja w przypadku, o którym chcę opowiedzieć, a błędy, jakie z braku doświadczenia zrobiłem w sposobie urządzenia go, stały się przypadkowo nauczającemi w następstwie i wyświecającemi niektóre sporne jeszcze zapatrywania i to jest powód, dla czego przytaczam jeden jedyny przypadek chorobowy w kwestyi, w któréj rozstrzygać ostatecznie mogą tylko liczne nader obserwacyje robione na znacznéj liczbie chorych.

Nie zgodzono się dotąd jeszcze ostatecznie, czy dreny i przestrzykiwania macicy działają tu dobrze, ułatwiając odpływ brudnych odchodów połogowych i uniemożebniając zatrzymanie takowych w jamie macicy, (*Lochiometra*), lub téż czy wstrzykiwania te mają skutek swoisty, właściwy, robiąc dezinfekcyję części rozkładowych i działając na chorobowo zmienione rany wnętrza macicy. Bliską tu jest analogija z wrzodem dyfterytycznym gardzieła. Zapatrywanie to ostatnie wydaje mi się prawdopodobniejszém, tém więcéj, że właśnie obserwacyja przytoczyć się tu mającego przypadku uprawnia mnie do tego. Dodać tu jeszcze tylko winienem, że V e i t podaje statystykę następującą: przy 400 przestrzykiwaniach macicy 1% rozczynem kwasu karbolowego przez cewnik zawsze na nowo zakładany, 10 razy obserwował wyż wspomniane przypady nieprzyjemne, na pozór nawet groźne, podczas kiedy przy 450 przestrzykiwaniach takich przez dren Schedego przypadów tych nie miał ani razu.

Krótka historyja choroby mojéj pacyjentki jest następująca: 30go lipca 1879 wieczór zrobiłem u 30-letniéj pierwiastki Wiktoryi D. na oddziale położniczym szpitala św. Łazarza tuż po odpływie wód przy zupełném rozwarciu ujścia i położeniu poprzeczném grzbietowém pierwszém płodu obrót na nóżki i wydobyłem dziecię donoszone, żywe, płci męzkiéj, 3.500 grm. ważące. Łożysko wygnieciono sposobem Crédego, a choréj podano, jak u każdéj z naszych położnic zwykłem robić, około 1,5 grm. *Extracti secalis cornuti*. Chora po napiciu się gorącego ślazu poczuła się w nocy dobrze i miała się nazajutrz zadowalająco. W 4 dni po porodzie, bo w nocy z 3go na 4ty sierpnia, chora, która dzień wprzódy miała już była stolec, a była na dyjecie, dostała nagle bez wiadomego powodu silnego dreszczu, a 4go rano ciepłota pod pachą mierzona wynosiła 39·5° C. Wieczór gorączka wzmogła się do 40·0°, odchody stały się brudnemi i cuchnącemi. Podawano bezskutecznie *Natrum salicylicum* i kwasek. Nazajutrz tj. 5go stan jeszcze gorszy, macica duża, sięgająca pępka, miękka, przy dotyku bolesna, brzuch nie wzdęty, sklepienie wolne, odchody brudne, cuchnące. Gdy tego samego dnia wieczór gorączka wzmogła się do 40·5°, byłem o zakażeniu miejscowém przekonanym i ułożywszy chorą na łóżku poprzecznie, przez wziernik na sondzie wprowadziłem w jamę macicy dren z poprzeczną u góry beleczką, 10 cali od góry dziurkowany, dolnym końcem z szpary sromowéj wystający i przestrzykałem jamę macicy pół litrem 1% rozczynu kwasu karbolowego słabo letniego. Strzępki zgorzelinowe i skrzepy rozłożone odchodziły w wielkiéj ilości, w końcu czysta już woda wracała. Skutek był szybki i zadowalający, gdyż już nazajutrz rano ciepłota spadła na 38·6°. Przestrzykiwałem odtąd 3 razy dziennie, każdym razem dopóty, dopóki czysta woda nie wracała; gorączka przez 6 dni utrzymywała się z małemi eksarcerbacyjami wieczornemi między 37·9° a 39·2°. Odchody ciągle były obfite, brudne i choć mniéj, ale zawsze jeszcze mocno cuchnące. W tém 11go wieczór ciepłomierz wykazał mi znów 40·0°, a szukając przyczyny doszedłem, muszę się przyznać dość mocno zdziwiony, takowéj w tém, iż macica inwolwując się znacznie się skróciła, a przez to z górnego końca drenu dziurkowanego kilka dolnych dziurek już nie w macicy, ale w pochwie się znajdowało, płyn zatém przezemnie wstrzykiwany już nie do macicy, ale do pochwy się wylewał. Założyłem zatém dren nowy, już nie tak daleko, ale tylko do 10ciu cm. od góry dziurkowany, a natychmiastowe przestrzykanie macicy spłukało znów sporą ilość strzępków i skrzepów. Że podejrzenie moje, iż w tém przyczyny szukać należało, było słuszne, rychły okazał skutek; nazajutrz ciepłota spadła na 38·5 a podskoczywszy wieczór tylko do 38·8° w dzień następny zeszła nawet na 37·9° i dalej tak się utrzymywała. Przestrzykiwałem 3 razy dziennie, chora winem i koniakiem krzepiona miała się nie źle, odchody ciągle obfite i brudne, choć mniéj cuchnące. W 6 dni późniéj tj. 17go sierpnia ciepłota znów do 40·0° wzniesiona i następowe badanie przekonały mnie, że przy drugim drenie znów ten sam błąd popełniłem, gdyż z postępującą inwolucyją macicy znów kilka dolnych dziurek drenu znajdowało się w pochwie, dokąd się teraz

znowu, a nie do macicy płyn przezemnie wstrzykiwany wlewał. Dwukrotnym błędem nauczony byłem tym razem już ostrożniejszym i założyłem nowy dren już tak sporządzony, iż tylko jedno duże oko tuż pod belką poprzeczną w nim umieściłem. Po przestrzyknięciu gwałtowny spadek ciepłoty nastąpił; z 40·7° bowiem ciepł. spadła rano na 37 7°, a zatém o 3 stopnie. Odtąd przebieg choroby był niczém nie zamącony, ciepłota nie podniosła się więcéj wysoko, odchody zawsze obfite, od 22go sierpnia stały się całkiem czystemi i skąpszemi, dren 25go, a zatém w 21 dni po założeniu, wyjęto, a chora leczona póżniéj na następową niedokrewność i osłabienie, dobrze wyglądająca i zdrowa opuściła zakład. Załączona tablica ciepłoty wymownym zdaje mi się być obrazem całego przebiegu choroby:



Strzałki 1, 2, 3 oznaczają dnie w których wyjęto dren

czenia polega na spłókiwaniu części rozkładowych a tém samém przeszkodzeniu ich imbibicyi i szerzeniu tém choroby na dalsze narządy organizmu.

W końcu namienić mi jeszcze wypada, że metoda ta dziś powszechném już cieszy się uznaniem, a w ostatnich tygodniach nawet z Francyi, gdzie początkowo bardzo niekorzystnie ją omawiano, dopóki używano cewnika, dochodzą nas sądy bardzo pochlebne polecające ją do użycia. Niemcy daléj nawet już idą, gdyż Schüking używa już ciągłéj irygacyi wnętrza macicy przyrządem przez siebie wynalezionym a Lister o téj nowéj oprawie ran macicznych pochlebnie bardzo się wyraził.

Na podstawie przypadku tegodo następujących czuję się uprawniony wniosków:

Terapiję opisaną uważam za nader racyjonalną i skuteczną, jak tego trzykrotne natychmiastowe opadnięcie ciepłoty dowodzi. Dren nie potrzebuje i nie powinien mieć więcéj otworów niż jedno duże oko tuż pod beleczką poprzeczną. Leczenie to działa głównie przez spłókiwanie wnętrza macicy, a nie ułatwienie odpływu, gdyż jak widzimy, odpływ zawsze był łatwy i obfity, a gorączka wzmagała się tylko wtedy, gdy płyn wstrzykiwany nie dostawał się do jamy macicy. Wreszcie terapija ta nie wydaje mi się wcale ryzykowną, a zatém już z tego względu jest polecenia godną. Więcéj nie pozwalam sobie orzekać, dodać tylko muszę, iż w 3 jeszcze tylko przypadkach miałem sposobność zastósowania téj metody, z tych jeden był świeży i z dobrym przebiegł skutkiem, dwie drugie chore dostałem z daleko posuniętą już gorączką połogową w 12tym i 14tym dniu po porodzie. U tych zejście było śmiertelne, co zgadza się z podaniami Veita, Rendu i innych autorów, twierdzących, iż tylko w świeżych przypadkach wiele sobie obiecywać można, co znów stwierdza nasze zdanie, że właściwe działanie tego le-

II. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych Prymaryjusza Dra Zarewicza w Krakowie.

Silphium cyrenaicum przeciw dymienicom ostrym.

Podał Dr. Leopold Glück.

Jedném z najczęstszych powikłań występujących wśród przebiegu szankrów jest niezawodnie dymienica ostra. Powikłanie to jest o tyle przykrém tak dla chorego jak i lekarza, iż nie mieliśmy dotychczas pewnego sposobu sprowadzenia wessania wytworzonéj dymienicy, gdyż wszystkie dotąd przez najrozmaitszych lekarzy polecane leki dawały tylko wyniki niepewne. Udawało się wprawdzie niekiedy przeciąć dalszy przebieg dymienicy, przeważna jednak ich liczba ulegała zupełnemu zropieniu, a następnie albo same pękały albo przecinać je musiano. Dość często jednak z przecięciem dymienicy nie kończy się sprawa chorobowa, bo zdarza się, że lekarz mimo największéj oględności i pilności i najlepszych sposobów leczenia nie może zapobiedz wytworzeniu się zatok, które wprawdzie rzadko kiedy stają się niebez-

piecznemi, lecz dość często chorego swym leniwym przebiegiem na długie narażają cierpienia. Gdy wreszcie po długich tygodniach lub nawet miesiącach zdołamy sprowadzić zbliżnienie, stoimy znów przed zagadką nierozwiązaną blizn szpecących, o których usunięcie nawet się pokusić nie możemy. Sprowadzenie zatém w danym przypadku wessania dymienicy ropiącéj powinno należéć do najgłówniejszych zadań leczącego a zamiarem mojém jest zapoznać Czytelników ze środkiem, za pomocą którego zdołaliśmy we wszystkich, aczkolwiek nielicznych, przypadkach osiągnąć pożądany rezultat.

Już przed laty dziesięciu, bo w roku 1869 przesłał Auzias-Turenne (Auzias-Turenne. *La syphilisation, Paris* 1878) Akademii medycznéj w Paryżu pracę w tym przedmiocie, wykazującą na podstawie czterech nadzwyczaj dokładnie dostrzeganych przypadków, że istnieje środek sięgający czasów Herodota, przy którego stósowném użyciu można dymienice ostre chełbocące sprowadzić do wessania. Lek jednak przez niego polecony choć wart uwzględnienia, nie zwrócił, o ile wiem, na siebie niczyjéj uwagi. Środkiem tym jest tak zwane *„Silphium cyrenaicum“*.

Soczydło cyrenejskie [1]), *Thapsia silphium*, należące do rodziny roślin okółkowych płaskonasionowych, rośnie w górach Afryki północnéj, staro-cyrenajskich i dostarczało w starożytności ów tyle wychwalany i cudowny sok cyrenajski *Silphium* zwany. Lek ten już dawno wyszedł z użycia a dopiero Dr. Laval wróciwszy z Berberyi, gdzie był wysłany w celu studyjowania dżumy, przywiózł ze sobą dawno zapomnianą roślinę i robił nią doświadczenia w chorobach płucnych. Zdaje się, że i Auzias-Turenne, który długi czas bawił na wschodzie, tam ją zaczął przeciw dymienicom używać, a dopiero wróciwszy do Paryża doświadczał jéj na lekarzach i studentach medycyny w obec świadków chcąc ochronić się od zarzutu nieprawdziwości, i te tylko doświadczenia posłał Akademii.

Od pewnego czasu poczęli pp. Derode i Deffés aptekarze w Paryżu wyrabiać najrozmaitsze przetwory z téj rośliny połecając je przeciw niektórym chorobom wewnętrznym i zewnętrznym.

Szukającemu wiadomości o tym środku wpadła mi w ręce książka G. Hella (*Pharmaceutisch-technisches Manuale. Wien 1877*), który podaje, że tak zwane *Silphium cyrenaicum* jest to według Hagera sok wyciśnięty ze świeżéj rośliny należącéj do rodzaju „Okrzyna“ *(Laserpitium)*, prawdopodobnie z *Laserpitium gallicum* albo *prutonicum* do którego dodano odpowiednią ilość alkoholu.

Roślina ta, któréj kilka odmian rośnie w południowéj Francyi, także była i jest używaną jako lek drażniący. Zachodzi teraz pytanie, komu wierzyć należy, czy pp. Derode i Deffés, którzy twierdzą, że wyrabiają swe przetwory z owéj historycznéj rośliny, lub też Hagerowi, znanemu badaczowi, który uważa *Silphium cyrenaicum* za wyrób z rośliny dość rozpowszechnionéj? Pytania tego rozstrzygać nie myślę, dość, że na oddziale prym. Dra Zarewicza używaliśmy nowego przetworu francuzkiego, znanego pod nazwą: *„Glycéré de Silphium cyrenaicum“*.

Tyle co do części botanicznéj i farmaceutycznéj tego leku, wróćmy do właściwego zadania, to jest do części terapeutycznéj.

Na posiedzeniu Akademii lekarskiéj w Paryżu, odbytém dnia 31 sierpnia 1869 r. pod przewodnictwem p. Bouchardata, sekretarz doroczny przeczytał zgromadzonym członkom list następujący, przesłany wraz z paczką zapieczętowaną prezesowi Akademii przez Dra Auzias-Turenne: (l. c.) „Panie Prezesie! Wiadomém jest, że dymienica ostra powstająca na podstawie wrzodu miękkiego *(bubon virulent)* skazaną jest na nieuniknione zropienie. Również niezaprzeczoną jest rzeczą, że gdy dymienica zropiała a chełbotanie jest wyczuwalne, natenczas albo ropa sama sobie na zewnątrz drogę otwiera, albo téż lekarz jéj drogę tę przecięciem toruje. W jednym i drugim razie powstają cierpienia długie i dotkliwe, rany, zatoki trudne do wygojenia, często fagedeniczne i blizny niekształtne, brzydkie i niezatarte. Znalazłem łatwy sposób przeszkodzenia tym przykrym wynikom. Usuwam nagromadzenie ropy, bez otworzenia, bez ukłucia lub zadrażnienia, bez nadwerężenia całości. Niepotrzebne są leki wewnętrzne, plastry, maści, kataplazmy, kąpiele lub szczególne przepisy zdrowotne. Nie chodzi tu ani o syfilizacyję ani też o interwencyję jakiegokolwiek zarazka. Pędzelkuję po prostu część chorą kilku kroplami roztworu, który wymienię i kilka razy powtarzam tę operacyję. Chory, który prawie nic nie cierpi, załatwia swe sprawy i prowadzi zwykłe swe życie; najbliżsi jego i krewni mogą nic nie spostrzedz. Przychodzi do zdrowia łagodnie, nadspodziewanie. Co się dzieje w dymienicy? Co się staje z zebraną ropą? Jak znika? Przypuszczam, że rozkłada się na dwa pierwiastki, z których jeden wessany przechodzi w krew podczas gdy drugi uchodzi porami czasowo rozszerzonemi. Mogę jedynie powiedzieć, że nadchodzi chwila podczas leczenia, w któréj koszula chorego zdaje się być ukrochmaloną. Zadziwiające to wynikanie *(exosmose)* powtarza się kilka razy. Materyi tak wydzielonéj nie badano mikroskopem. Dymienica zmniejsza się i znika a zniknąwszy niepozostawia ani najmniejszego śladu po sobie. Egzaminujemy, badamy część chorą, usiłujemy odnaleść otwór. Nie ma żadnego, lecz wprzód było tysiące otworów zaledwie widzialnych. Niekiedy chęć zdania sobie z tego sprawy, niecierpliwa żądza poznania stają się źródłem dziwnych komentarzy. Każdy podaje inne wyjaśnienie lub proponuje inną teoryję. W każdym jednak razie zdziwienie i zadowolenie badacza równają się zachwyceniu chorego. Co więcéj moje lekarstwo przedstawia uwagi godnego jest to, że nie posiada téj samej skuteczności przeciw dymienicom jeszcze nie zropiałym; przeciw szankrom stósowane jest zupełnie bezskuteczne. Możnaby powiedzieć, że przyrzut jest jego punktem ciężkości. Jest to lekarstwo tajemne, choć nie nowe, bo już Pliniusz i Dioskorydes je chwalili. Użytek, który z niego robię, jest nowy, choć nie tajemny, bo działam publicznie. Przedmiotem kilku moich spostrzeżeń byli uczniowie medycyny lub lekarze, moimi świadkami praktycy należący do Akademii, fakultetu lub szpitala; zastrzegam sobie odwołanie do ich świadectwa. Tymczasem proszę Akademii, aby była stróżem mojego prawa pierwszeństwa, przyjmując w depozyt paczkę opieczętowaną. Znajdą się zapewne tacy, którzy zganią niezwykłą formę tego listu pełnego nadziei, może wątpić będą o prawości mych zamiarów. Mam jednak nadzieję, iż znajdę łaskę u tych, którzy są świadkami méj wytrwałości i moich usiłowań a ożywieni uczuciem sprawiedliwości będą umieli zachować nienaruszone prawa własności naukowéj.“

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Opisanie roślin dwulistniowych lekarskich i przemysłowych przez prof. Dra J. Czerwiakowskiego. Botaniki szczególnéj część czwarta. Kraków 1859, str. 2175.

III. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

(Ciąg dalszy artykułów z r. 1878 i 1879).

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurgicznego we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

(Ciąg dalszy. Przegląd Lekarski 1879 Nr. 1—7 i Nr. 14—16).

c) Uwagi nad mechanicznêm leczeniem cieśni krtaniowéj (*Laryngostenosis*) i kazuistyka.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

18ty przypadek. Karolina Doskoczowa, 23 lat, mężatka, przybyła na oddział chir. 18 marca b. r. Choroba datuje się od dwóch lat, przyczyna niewiadoma, początek od chrypki, w ostatnich miesiącach przypady cieśni krtaniowéj, chwilami bardzo znacznéj. Obraz wziernikowy: Wnętrze krtani aż po struny głosowe prawidłowe z wyjątkiem lekkiego obrzęku lewego więzadła rzekomego, skutkiem którego lewa struna głosowa mniéj się uwydatnia; głośnia prawidłowych rozmiarów; poniżéj strun głosowych zwężenie światła krtani skutkiem obrzęku ścian krtani tak bocznych jakotéż przedniéj i tylnéj ściany; zabarwienie obrzęku mięsne; na obrzęku grube strupy, głos dość czysty, osłabiony; gra strun głosowych rażna; oddech stenotyczny a mianowicie w nocy do tego stopnia, ze sąsiednie chore użalają się na chorą, iż przez nią nie mogą spokojnie sypiać a chora sama miewa sen przerywany. W nosie a mianowicie w lewéj jamie nosowéj tuż nad zewnętrznêm ujściem znaczne zgrubienie błony śluzowéj podobne do rozlanego nowotworu; chora podaje, że jeden z lekarzy wyciął jéj nożyczkami guz z nosa i podanie to jest o tyle wiarygodne, że na wymienionêm zgrubieniu widać jakoby granulacyjną powierzchnię ciętą. W szczytach płuc przypady nieżytu. Odżywienienie ogólne dość dobre; chora nie gorączkuje, ma dobry apetyt i czuje się zresztą zdrową.

Moje rozpoznanie waha się między naciekiem podśluzowym (na podstawie przewłocznéj grużlicy płuc?) a obrzękiem i owrzodzeniem na podstawie „*blenorrhoea Stoerkii*". Wywiady nie dają dostatecznéj podstawy do tego ostatniego przypuszczenia, atoli należy zważyć, że podania choréj nie są zbyt doniosłe dla braku należytéj inteligencyi, z drugiéj zaś strony zwraca uwagę na możliwość takiéj podstawy powikłanie choroby krtani z obrzękiem błony śluzowéj nosa. Polecono wdychiwania pary wodnéj kilkakrotnie codziennie a nadto stósowano mechaniczne leczenie rurkami Schrötterowskiemi.

3/4 rurka N. 1. $1/2$ godziny, 4/4 rurka N. 2. Przez rurkę odchodzi obfita ilość charkociny zabarwionéj krwią. 5/4 N. 3. 7/4 N. 4. Ten numer codziennie aż do 18/4 i tylko na kwandrans codziennie albowiem każdym razem uczuwa się pewną trudność przy wprowadzeniu, i codziennie odchodzi trochę krwi z krtani i z nosa. 18/4 N. 5. 20/4 N. 6. Obecnie (23 kwietnia) obraz wziernikowy: Światło krtani w miejscu zwężenia znacznie rozszerzone, naciek pod strunami białą jakby ropiasty błoną pokryty jeszcze dość wyraźny a mianowicie w przednim kącie między strunami; struny głosowe jednostajnie zaczerwienione i nieco obrzękłe (w początku były prawidłowe, a zatém niewątpliwie skutkiem procedury leczniczéj zmienione); oddech swobodny, prawie niesłyszalny. Od 10 dni nie ma przypadów cieśni, chora sypia spokojnie, o czém świadczą podania sąsiednich chorych; chora uważa się za uleczoną i prosi o wypuszczenie. Atoli zatrzymam ją jeszcze co najmniéj przez 4, tygodni i nie przekroczę prawdopodobnie numeru 7go. Chorą można uważać za rekonwalescentkę.

Czytelnicy pozwolą mi na têm miejscu opisać jeszcze jeden przypadek, który wprawdzie tylko pośrednio ma związek z tematem, o ile rurki Schrötterowskie odgrywają tu główną rolę, dla którego jednak w dziale mojéj kazuistyki nie znalazłbym stósownego miejsca dla braku odnośnéj rubryki a szkoda, aby miał popaść w niepamięć.

W „*Monatschrift für Ohrenheilkunde*„ z r. 1877 podał Voltolini metodę operowania uklejów krtaniowych na ślepo nawet bez kontroli wziernika, która polega na têm, że się przeszorowuje krtań chorego gąbką umocowaną na stósownym przewodniku, a zaleca tę metodę najbardziéj na brodawczaki krtaniowe, albowiem twarde nowotwory opierają się temu rękoczynowi. Przy téj sposobności namienię także, że podobną metodę polegającą na działaniu w krtani na oślep podał Jelenffy już w r. 1873 (*Wiener med. Wochschft* 1873 N. 11, 12, 13; „*Eine neue Methode zur Ausrottung der Kehlkopfpolypen*), którą i ja już nieraz w brodawczakach wypróbowałem, przy któréj się jednak używa typowych przyrządów krtaniowych a najstósowniéj gilotynki Stoerka. Przy użyciu rurek Schrötterowskich już nieraz doświadczałem tego, że malutkie wyrostki brodawkowate, osadzone na bocznych ścianach krtani dawały się z łatwością wyrywać, jakkolwiek rurek nie wprowadzałem właśnie w tym celu, lecz celem leczenia cieśni. Zazwyczaj znajdowałem je po wyjęciu rurki w bocznych jéj okienkach. Nieraz, tak n. p. w 10ym przypadku, gdzie z powodu obrzęku więzadeł rzekomych wgląd w głębsze części krtani bywał uniemożliwiony, stwierdzałem w ten sposób obecność brodawczaków. Atoli ilość i wielkość w ten sposób wydobywanych guzków nigdy nie była taką, ażeby godziło się wspomnieć o têm doświadczeniu. Inaczéj w następującym przypadku, który stanowi pewną analogiję z metodą Voltoliniego, jakkolwiek przyrząd użyty różni się od tego, który zaleca autor.

Daniel Kierniczny, gospodarz wiejski, 45 lat, żonaty, przybył na mój oddział 16 lutego b. r. z przypadami bardzo spotęgowanéj cieści krtaniowéj. Według jego podania: od 6ciu lat chrypka, od kilku lat cieśń krtaniowa coraz bardziéj potęgująca się, bez wiadoméj przyczyny. Obraz wziernikowy: W krtani aż po struny głosowe stan zupełnie prawidłowy; struny głosowe w niczém nie zbaczają, ich gra rażna; poniżéj nich zupełne zatkanie światła krtani jakby przeponą uskutecznione a tak szczelne, że nie mogłem mimo najdokładniejszego oświetlenia krtani dostrzedz szpary oddechowéj; na téj wrzekoméj przeponie strupy; cieśń posunięta do najwyższego stopnia. W pierwszéj chwili wahało się moje rozpoznanie między naciekiem zapalnym a nowotworem jakkolwiek zupełnie prawidłowy stan górnéj połowy krtani a następnie brak jakiejkolwiek podstawy nacieku w wywiadach jakotéż i w stanie obecnym chorego nie czynił przypuszczenia nacieku prawdopodobném. Dla zoryjentowania się wprowadziłem cewnik N. 6 celem uwidocznienia szpary oddechowéj; przez zwężenie przeszedłem z trudnością, poczém wprowadziłem na oślep jednę po drugiéj rurki Schröttera N. 1, 2, 3, 4. Po wyjęciu ostatniego numeru wykrztusił chory guz wielkości orzecha tureckiego, barwy mięsnéj, o powierzchni drobno guziczkowatéj, wyraźnéj, jakkolwiek krótkiéj i grubéj szypułce, konsystencyi brodawczaków; był to jak się wykazało brodawczak, a chory odzyskał bezpośrednio po wy-

krztuszeniu go zupełnie swobodny oddech; wziernikiem stwierdziłem skrzep krwi po prawéj stronie przy bocznéj ścianie krtani poniżéj strun głosowych, gdzie było przedtém zatkanie. W ciągu 5 dni głos chorego znacznie się polepszył, stał się silniejszym i czyściejszym; oddech stał się zupełnie prawidłowym a przedmiotowo w krtani ani śladu jakiéjkolwiek choroby. W dniu 21 lutego wypuściłem operowanego jako zupełnie zdrowego. Mimo tak pomyślnego wyniku téj przypadkowéj a wcale niezamierzonéj operacyi wyznaję, że wahałbym się w innym przypadku świadomie taki rękoczyn uskuteczniać z obawy przed możliwém jakkolwiek niekoniecznem zatkaniem dróg oddechowych przez guz zepchnięty.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Billroth: O gruźlicy.

Z wykładu mianego przez prof. B. na jedném z posiedzeń wiedeńskiego towarzystwa lekarskiego (dnia 23 kwietnia rb.), w którym zastanawiał się nad gruźlicą, zwłaszcza układu kostnego, podajemy co następuje:

Odkąd Bayle uznał gruźlicę za chorobę swoistą, nie przestano się sprawą tą zajmować. Wiele zajęcia wzbudziła swego czasu praca Buhla, według którego gruźlicę prosówkową ostrą odnosić należy do dawniejszych ognisk. Przypomnieć tu także wypada prace Niemeyera, który oddzielił zapalenie serowate płuc od właściwéj gruźlicy. Między histologami powstał nowy ruch w tym względzie, gdy Schüppel i Langhans twierdzili, że w gruzełkach znajdują się pewne składniki swoiste, mianowicie pewne postacie komórek olbrzymich. Najnowsze znów badania w téj dziedzinie dotyczą poglądu o pasorzytniczém pochodzeniu gruzełka. Przystępując do własnych w téj mierze postrzeżeń prof. B. przytacza nasamprzód następujący przypadek chorobowy: Przed 20 laty przyjęto do zakładu 4-letnie dziecko z zapaleniem stawu biodrowego miernego stopnia; kontraktura była bardzo nieznaczną a dziecko nie sprawiało w ogóle wrażenia ciężkiego schorzenia; mimo to po kilku tygodniach umarło śród objawów zapalenia opon mózgowych. Wśród przekrwionéj istoty główki kości udowéj znaleziono wielkie ognisko serowate zawierające martwak kostny, w jamie stawowéj nieco ropy, więzadło całe już rozpadłe a prócz tego rozległą gruźlicę ostrą miękkich opon mózgowych, płuc, opłucny itd., gdy w samym stawie spodziewano się nieznacznych stosunkowo zmian. Kombinacyja taka dziś nie należy bynajmniéj do rzadkości, ale idzie o to, czy takowa nie jest tylko przypadkową. W tym względzie B. opiera się na ogłoszonéj przed paru laty statystyce z 16-letniego własnego doświadczenia, z któréj wypada, że B. leczył dotąd 713 przypadków zapalenia stawów; takowe rozkładają się jak następuje:

	Z tych	zmarło z suchot	zapal. opon mózg.
Staw ramieniowy	14	3	—
„ łokciowy	71	33	1
„ garstkowy	37	10	—
„ palcowy	13	3	—
„ biodrowy	168	46	8
„ kolanowy	231	50	4
„ stopowy	116	29	2
„ śródstopowy	63	7	—
	713	181	15

A więc 181 chorych umarło z „suchot,“ 15 zaś z „*meningitis*.“ Nader wielką stosunkowo jest liczba zmarłych po zapaleniu stawu biodrowego. U przeważnéj liczby dzieci zmarłych z ostréj gruźlicy opon mózgowych, nie wykazano ropienia, lecz ukryte ogniska w kościach. Najniebezpieczniejszém co do suchot następowych okazało się zapalenie stawu łokciowego, gdyż z 71 chorych dotkniętych próchnieniem tego stawu zmarło 33 na suchoty.

O prawdziwości powyższych postrzeżeń Billrotha, które początkowo uważano za przesadne, przekonało się wielu lekarzy. W najnowszym czasie ogłosili König i Esmarch takie same rezultaty.

Zapatrywania co do powstawania ognisk serowatych są bardzo rozmaite. Dawniéj sądzono, że tu powstaje zapalenie skutkiem urazu i istniejącéj skazy krwi; że „wytwór zapalny“ lub „naciek zapalny“ rozpada się nader szybko i podlega przeobrażeniu serowatemu. Dla czego się to dzieje, nie umiano sobie zdać sprawy, mówiono więc, że to zależy od pewnego usposobienia, zołzowego i gruźliczego, że zatém swoistość sprawy chorobowéj polega na ogólnych własnościach osobników. Gdy zaś dokładniejsze poszukiwania anatomiczne wykazywały coraz jawniéj, że powyższe ogniska powstają ze zlania się licznych gruzełków prosówkowych, nabrano przekonania, że cechą swoistą gruźlicy jest gruzełek szary, czyli wytwór zapalny odznaczający się tém, że podlega w środku rychłemu rozpadowi; okoliczność tę zaś tłumaczono według van der Kolka tém, że gruzełek nie posiada w swém wnętrzu żadnych naczyń.

Dalszym postępem było wyobrażenie, że maleńkie szare gruzełki powstają skutkiem przeniesienia z prądem krwi składników ognisk serowatych, około których rozwijają się ogniska zapalne.

Przedewszystkiém rozchodzi się dziś o pytanie, co tu jest swoistém i specyficznem? Najświeższa odpowiedź na to brzmi, że są to małe żyjątka, które dostawszy się do obiegu krwi gromadzą się w pewnych częściach ciała, otaczają się ogniskami zapalnemi i otorbiają się, jeśli nie mogą się daléj rozrastać. Tam, gdzie wzrost ich jest tak silny, że zdoła przytłumić odczynowe zapalenie, żyjątka te rozwijają się nieustannie i wywołują rozpad i zniszczenie. W innych przypadkach dalszy rozwój i wzrost się wstrzymują, gruzełek się otorbia i obumiera. Mamy tu więc walkę między małemi żyjątkami a tkaniną.

Jakże żyjątka te zachowują się względem poszczególnych tkanin? Szczepienia wykonane na rogówce wykazują, że niekiedy małe ognisko takich żyjątek może się zupełnie zlokalizować; w innych zaś razach po takiém samém szczepieniu rozwijający się gwałtownie jad może w 12—24 godzinach zniszczyć całe oko.

Części sąsiednie około gruzełków prosówkowych znajdują się zwykle w stanie trwałego zadrażnienia lub też ulegają otorbieniu, jak to się najczęściéj zdarza w kościach. Nie powstaje tu wprawdzie zaraz blizna kostna około pierwszego ogniska serowatego, lecz rozwija się obfita, gębczasta ziarnina, utrudniająca przepływ limfy w ognisku serowatém. W innych przypadkach tworzy się naokoło warstwa twarda i zbita.

B. wątpił dawniéj o możności powstawania ognisk serowatych i gruzełków prosówkowych w kościach, o czém jednakże przekonały go nowsze poszukiwania. Wykazali to nie tyle anatomowie patologiczni, mający sposobność badania zmian w mowie będących dopiero w ostatnich okresach,

ile chirurgowie, którzy wykonywając resekcyję stawów mogli chorobę tę badać i we wcześniejszych stadyjach. Nieprawdopodobném jest przypuszczenie, jakoby zmiany znajdowane należało odnieść do rozlanego zapalenia kości, zwanego dawniéj serowatém, lub téż jakoby początkiem zmian tych była wybroczyna krwi. Co się tyczy t. zw. dawniéj przez Billrotha zapalenia kości podchrząstkowego, w którém upatrywał proste bujanie ziarniny, trzeba powiedzieć, że i tu mamy do czynienia z gruzełkami prosówkowemi.

Również i w gruczołach limfatycznych nie mógł B. dawniéj nigdy znaleźć gruzełków szarych, wątpił więc, czy gruczoły zserowaciałe zawdzięczają swe powstanie gruzełkom prosówkowym. Na cienkich skrawkach wziętych z bezpośredniego sąsiedztwa takich ognisk serowatych można wykazać owe składniki uważane za cechujące gruźlicę, mianowicie t. zw. komórki olbrzymie, nagromadzenie pierwoszczy z wielką ilością jąder. Trzeba tu jednak pamiętać, że nie wszystkie komórki olbrzymie są cechującemi dla gruzełka.

Co do t. zw. „zserowacenia", byłoby to wielkim błędem, gdybyśmy zserowaciałém nazywali wszystko, co jest żółte, papkowate i suche. W wielu guzach można widzieć liczne ogiska żółte, które przecież nie są bynajmniéj serowate; różnica polega tu na tém, że w ogniskach serowatych nie ma wcale naczyń a więc i krwi jak w tamtych.

Nie każde zapalenie kości towarzyszące t. zw. *tumor albus* jest przyrody gruźliczéj, np. *ostitis rareficiens* powstała skutkiem zaniku zapalnego lub rozmięknienia kości, lub też zmiany w stawach wywołane bujaniem ziarniny w błonach maziowych.

B. zastanawia się następnie nad sposobem, w jaki jedno jedyne ognisko gruźlicze może wywołać zakażenie ogólne.

Niektórzy sądzą, że w przypadkach, w których równocześnie znajdują się w licznych narządach ogniska gruźlicze, nie mamy do czynienia z przerzutami, lecz tylko z równoczesném schorzeniem licznych narządów. Nie ulega to jednak wątpliwości, że gruźlica może się szerzyć z jednego ogniska. Szerzenie się gruźlicy na otrzewnie, przenoszenie się gruzełków z jednéj powierzchni opłucny na przylegające miejsce drugiéj powierzchni i t. d., dowodzą dobitnie, że zakażenie szerzy się tu z ogniska pierwotnego. Należy więc chyba przypuścić, że przerzuty gruźlicy powstają tą samą drogą jak raka, tj. przez przeniesienie. Prawda, że znamy pewną ilość istot rozpuszczalnych, które na pewne narządy wywierają działanie swoiste, ale w tych przypadkach powstają zawsze sprawy więcéj rozległe i rozlane, nie zaś pojedyncze małe ogniska. Za powstawaniem gruźlicy drogą przerzutów przemawia także i ta okoliczność, że narządy nie podlegające innym przerzutom są również wolne od gruźlicy. W ropnicy nie znajdujemy ropni przerzutowych w mięśniach macicy, śliniankach, ani w sutkach; to też i gruzełki należą w tych narządach do wielkich rzadkości. Pytamy się, co się tu przerzuca, co się przenosi? Zdaniem Buhla jest to masa rozpadowa, *detritus*. Niezmierna ilość pojawiających się tu maleńkich pierwocin naprowadza na myśl, że to są pewne żyjątka.

Przenoszenie takowych odbywa się prawdopodobnie po większéj części drogą naczyń krwionośnych, gdyż najwięcéj gruzełków znajdujemy w pobliżu naczyń.

Na pytanie, zkąd człowiek nabywa gruźlicy, odpowiadano częstokroć, że ludzie dotknięci rozwiniętą gruźlicą mogą takowéj udzielić swemu otoczeniu. Billroth postrzegał przypadki, które tylko w ten sposób tłumaczyć było można. Być może, że dzieci mogą téż zapadać na gruźlicę, skutkiem karmienia mlekiem krów perlicowych, gdyż perlica jest gruźlicy bardzo pokrewną.

Na koniec omawia B. doświadczenia ze szczepieniem mas gruźliczych, z których wynikać się zdaje, że pasorzyty należy przynajmniéj uważać jako przenośniki przyrzutu. Nie można także potępić z góry zdania, że swoistość gruzełka polega na rozwoju pasorzytów. Wszelkie pod tym względem wątpliwości wtenczas dopiero znikną, skoro się uda wykazać sam grzybek gruzełkowy. Do tego zaś trzeba jeszcze długiéj pracy. (*Wien. med. Wchft.* 1880, Nr. 18).

St. Sm.

T. Leber: **Przyczynek do etyjologii wewnątrzgałkowych spraw zapalnych.**

(Sprawozdanie z wykładu na zjeździe oftalmologicznym w Heidelbergu).

Zajęcie, jakie u lekarzy budzi związek, który zachodzi pomiędzy chorobami ustroju a chorobami oczu, skłania nas do podania treściwego wyciągu z powyższéj pracy.

Wewnętrzne części oka są tak osłonięte i szkodliwym wpływom nieprzystępne, iż największą część chorób tychże odnieść należy do przyczyn wewnętrznych, których zbadanie jest zadaniem klinicznego spostrzegania. L. zwraca szczególnie uwagę na zapalenia wewnątrzgałkowe, które są skutkiem miejscowych albo ogólnych spraw zakaźnych ustroju.

1) Zapalenie zakaźne rogówki (*infectiöse Keratitis*) przechodzi często na tęczówkę i sprowadza ostre ropne zapalenie ciałka rzęskowego i naczyniówki. A. spostrzegał to w przypadkach, w których zapalenie rogówki było ograniczone tak, że musiał przypuścić, iż miejscowa sprawa zapalna w rogówce była zakaźną, gdyż tak ograniczone niezakaźne zapalenie rogówki nigdy nie wywołuje zapalenia naczyniówki a nawet i tęczówki.

2) Zapalenie tęczówki i naczyniówki spostrzegamy w rozmaitych zakaźnych chorobach, w których krążenie istotę zakaźną sprowadza do oka. Takim sposobem powstaje ropne zapalenie tęczówki i naczyniówki w skutek zatorów w gorączce pologowéj, ropnicy i posocznicy i oraz w przypadkach złośliwego owrzodzenia śródsierdzia. Takież ropne zapalenie, prawda że rzadziéj, spostrzegamy w przebiegu innych chorób gorączkowych i tak: w przebiegu duru, po zapaleniu płuc, po ospie, a wreszcie zapalenie zwykłe, łagodniéj występujące, po gorączce powrotnéj. Chociaż się dotąd nie udało w oczach temi chorobami dotkniętych odkryć grzybków, przecież w obec charakterystycznego przebiegu choroby owéj i częstego jéj pojawiania się w przebiegu chorób zakaźnych, przypuścić trzeba, iż prawdopodobnie istota zakaźna, która wywołuje pierwotną chorobę jak dur, zimnicę i t. d., także i miejscowe zapalenie wywołać może i to w miejscach i narządach, które nie są stałą, zwykłą siedzibą téj choroby. (Zaprzeczyć się jednak nie da, że takie umiejscowienie w oku w ten sposób tłumaczyć można, że krążenie przenosi ropę do oka, a we wszystkich tych chorobach napotykamy miejscowe ogniska ropne),

3) W przypadkach kiły drugorzędnéj tłumaczy sobie L. zapalenie tęczówki w ten sposób, iż skrzepy albo inne cząsteczki, w których się znajduje istota zakaźna, zatrzymują się w naczyniach tęczówki. Łatwo zrozumieć jednostronne zapalenie tęczówki, gdyż w takich przypadkach tylko

w jednéj tęczówce się zatrzymały skrzepy albo wspomniane cząsteczki. Dyspozycyję pojedyńczych narządów do zapaleń możemy sobie także łatwo wytłumaczyć stosunkami anatomicznemi naczyń, szerokością tychże, i ich rozgałęzieniem.

4) Że gruźlica jest chorobą zakaźną, przynajmniéj w tém znaczeniu, że przy obecności jednego ogniska gruźliczego w organizmie zwierzęcym powstaje wiele innych, w czém krążenie pośredniczy, nie ulega wątpliwości. Na tym samém zjeździe mówili o tém Hänsel i Samelsohn. Otóż gruźlicza istota zakaźna (*tuberculöse Infektionsstoff*) wnika w tęczówkę i wywołuje zapalenie gruźlicze albo gruźlicę prosówkową.

5) Dalszą chorobą, którą L. za zakaźną uważa, i która także zapalenie tęczówki wywołuje, jest gościec we wszystkich swoich formach (*Rheumatismus articulorum acutus et chronicus, Arthritis deformans chron., Rheumatismus musculorum*). Klebs w r. 1875 znalazł w przypadkach zapalenia śródsierdzia po gośécu ostrym na zastawkach grzybki (*Spaltpilze*), którym nadał nazwę: *Monadiny*. Na tém opierając się uważa on gościec, włączając w to już i powikłania téj choroby, jak zapalenie płuc, nerek i śródsierdzia, za choroby zakaźne, wywołane przez wspomniane monadiny. Że pomiędzy gośćcem a zapaleniem tęczówki, jakie mu towarzyszy, ścisły zachodzi stósunek, wynika już ztąd, że zapalenie tęczówki reumatyczne jest przeważnie surowicze i plastyczne, podobnie jak zapalenie w stawach. Przebieg i skutki tego zapalenia są również te same. Wypociny w stawach zostają albo całkiem wsiąknięte albo pozostają zrośnięcia, w oku zaś tylne przyczepiny albo przyczepiny siatkówkowo-naczyniówkowe, które rozpoznajemy wziernikiem, a które się przedstawiają jako plamy cechujące *Choroiditis disseminata*. W sprawach zaś natury ropnéj i septycznéj jest także zapalenie tęczówki i naczyniówki ropne. Daléj uczy doświadczenie, iż chorzy, którzy cierpią na zapalenie tęczówki, poprzednio dość często cierpieli to na przewlekłe to na ostre zapalenie stawów albo na bóle mięśni, które niewątpliwie były pochodzenia reumatycznego a nierzadko właśnie, gdy zapalenie tęczówki powstaje, pierwotny stan chorobowy się pogorsza (*Hutchinson, Förster*). Najbardziéj jednak za taką etyjologiją tych chorób ocznych przemawia ta okoliczność, iż kwas salicylowy usuwa reumatyczne zapalenie tęczówki w bardzo stósunkowo krótkim czasie. L. spostrzegał także ostre zapalenie nerwu wzrokowego na tle reumatyczném i zadawał kwas salicylowy ze skutkiem pomyślnym.

6) Gościec wiewiórowy uważa L. jako skutek ogólnego zakażenia krwi a miejscowe zapalenie jako skutek przerzutu. Neisser podaje, iż znachodzi zawsze właściwe téj chorobie mikrokokki. Oprócz L. także i Förster uważa zapalenie tęczówki wiewiórowe za zakaźne.

7) Dna (*Podagra, Arthritis*) wywołuje również zapalenie tęczówki i inne zapalenia oka, któreto zapalne sprawy mógłby tłumaczyć kwas moczowy nagromadzony w organiźmie i osadzony w tkaninach oka. O zakaźnéj naturze téj choroby autor wątpi. Dnie towarzyszy czasami zapalenie twardówki, o któréj chorobie mówili podczas dyskusyi nad rozprawą Lebera, Sattler, Maier i Graefe. Sattler wspominał o przypadku Arlta, który także sprawozdawca widział a gdzie przez przeszło 10 lat trwało zapalenie twardówki, od czasu do czasu połączone z bardzo znacznemi bólami; w lecie podagra ustępowała a stan oka się poprawiał, na wiosnę zaś corocznie się stan całego organizmu pogorszał. Arlt chorego wysyłał do Hall i Cieplic.

8) W najnowszych czasach spostrzegano zapalenie tęczówki po zimnicy. Skutecznym środkiem leczniczym w tych razach był chinin.

Wywiady w przypadkach zapalenia tęczówki lub naczyniówki powinny być bardzo dokładne. Prawda, że pomimo najściślejszego badania czasami trudno się dopatrzyć etyjologii, lecz i chorobę pierwotną organizmu nie zawsze łatwo rozpoznać. Nic dziwnego zatém, iż nie zawsze rozpoznać można, z jakiego rodzaju zapaleniem naczyniówki mamy do czynienia, jeżeli uwzględnimy, iż czasem mimo dokładnéj obserwacyi nie da się powiedzieć, jakiego rodzaju jest zapalenie stawu, reumatyczne, gruźlicze, skrofuliczne, syfilityczne albo téż pozostające w związku z zakażeniem dnawém. (*Bericht über die 12 Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft. Heidelberg* 1879, str. 123 — 141).

Dr. E. Machek.

Wiadomości pomniejsze.

ss) Z kliniki turyńskiéj opisują L. Concato i E. Perroncito przebieg choroby trzech indywiduów dotkniętych pasorzytem zwanym rogoryjcem (*anchylostomum*). W odbycinach znaleziono bardzo wielką ilość powyższych pasorzytów, czemu odpowiadał również i ogólny stan chorych, mianowicie wysokiego stopnia niedokrewność. Wszyscy trzéj chorzy byli zajęci około budowy tunelu św. Gotarda, gdzie według ich opowiadania bardzo wielu robotników zapadało na tęż samą chorobę. Prof. Bozzolo badając na miejscu stosunki zdrowotne między robotnikami tunelu, rozpoznał również t. zw. anchylostomazyję połączoną z wielką niedokrewnością. Wykazano, że choroba ta już od dłuższego czasu panowała między robotnikami, że jednak dopiero w ostatnim czasie przybrała większe rozmiary. Zdaje się, że utrudnione skutkiem silnych mrozów doprowadzanie świeżego powietrza, nadzwyczaj wysoka ciepłota obok niedostatecznego odwietrzania tunelu, powietrze przepełnione parą wodną i szkodliwemi wyziewami usposobiły robotników do téj choroby, brak zaś należytéj czystości, niedostateczne usuwanie odchodów ludzkich, dostawanie się pasorzytów do wody w tunelu za napój służącéj przyczyniły się do jéj rozszerzenia. Wiadomo, że rogoryjec rozpowszechniony jest zwłaszcza w Brazylii i Egipcie, gdzie ciężkie wywołuje choroby z zejściem nieraz śmiertelném. (*Wien. med. Bl.* 1880. Nr. 18).

ss) Wertheimber opisuje (*D. Arch. f. klin. Med.* t. 24, 3) przypadek otrucia 2-tygodniowego dziecka morfinem. W $1^1/_2$ godz. po zażyciu 1 centygrama morfinu pojawiła się sinica, śpiączka, brak tętna, znaczne osłabienie i nieregularność czynności serca. Z objawów tych i bardzo znacznego zwężenia źrenicy wpadnięto na ślad otrucia, o którém nic nie wiedziano. Sztuczne oddychanie przez rytmiczne uciskanie klatki piersiowéj, czarna kawa, *liquor ammonii anisati* przywróciły dziecko do zdrowia.

Podobny przypadek podaje do wiadomości *le Roy de Mirecourt*, dotyczący dziecka 3-tygodniowego, któremu przez pomyłkę podano łyżeczkę *tincturae opii crocatae* (najmniéj 5 grm.) Przypady otrucia wystąpiły we 2 godziny po zażyciu trucizny, mianowicie śpiączka przerywana napadami drgawek, po czém osłabienie było tak wielkie, że od czasu do czasu serce przestawało bić. I tu zastósowano sztuczne oddychanie, zwłaszcza podczas napadów drgawek. Tym to zabiegom przypisać trzeba, że w 8 godzin śpiączka nieco się zmniejszyła i stan dziecka zwolna się polepszał. Nazajutrz jeszcze wystąpiły silne objawy od-

czynowe a dopiero 4go dnia dziecko było zupełnie zdrowe. Przez 12 godzin po otruciu trwało zatrzymanie moczu.

* Dr. Bader w Londynie zachwala w *Conjunctivitis gonorrhoica* jako bardzo skuteczne wcieranie maści według następującego przepisu:

Hydrarg. nitrici oxydati	0·25
Atropini (Daturini)	0·05
Vaselini	125·00

(*The Lancet*).

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* C. K. krajowa Rada zdrowia. Na posiedzeniu odbytém dnia 23 marca b. r. odczytano sprawozdanie weterynaryjne za rok 1878, poczem uchwalono udać się z prośbą do wys. c. k. Namiestnictwa, aby uczyniło stósowne kroki celem przyspieszenia otwarcia szkoły weterynaryi we Lwowie; aby odniosło się do Wydziału krajowego, aby o ile możności w najkrótszym czasie wydaną została ustawa krajowa, normująca oględziny bydła rzeźnego i mięsa; jak niemniéj, aby obok już istniejących 16 posad weterynarzy rządowych w kraju istniejących, zostały systemizowane także z funduszów krajowych płatne posady weterynarzy. Daléj uchwalono po otrzymaniu żądanych wyjaśnień i bliższych szczegółów, iż ze stanowiska sanitarnego może być dozwoloném wybudowanie drugiego pieca wapiennego na parceli 516 w Podgórzu pod Krakowem.

Na posiedzeniu dnia 31 marca uchwalono, iż woda pochodząca z źródła Magdaleny w Morszynie może być skutecznie użytą w celach leczniczych i zasługuje na nazwę wody solankowéj, również borowina morszyńska, zawierająca stósunkowo w wielkiéj ilości kwas mrówczany, może być używaną do kąpieli borowinowych. Zakład w Morszynie może zatem nosić nazwę: „Zdrojowisko solankowe i zakład borowiny mrówczanéj“. Daléj uchwalono, iż sól krystaliczna, pochodząca ze źródła Magdaleny oraz borowina z Morszyna mogą być wprowadzone w handel, wreszcie uchwalono wysokość taks od gości kąpielowych. Na tém samém posiedzeniu uchwalono w odpowiedzi na zapytanie wys c. k. Namiestnictwa, iż koszenie trawy na cmentarzach, zostających w używaniu do grzebania zwłok, ze względów sanitarno-policyjnych jest dopuszczalném. Wreszcie uchwalono, iż nie zachodzi potrzeba zmiany kierownika filii apteki w Rabce, że tém samém dotychczasowemu kierownikowi téj apteki może być nadana koncesyja.

Na posiedzeniu dnia 27 kwietnia b. r. uchwalono, iż można udzielić p. Freysingerowi, lekarzowi miejskiemu w Lisku, pozwolenia na otwarcie zakładu krowiankowego na przeciąg lat dwóch; oświadczono się przeciw rozszerzeniu praw apteki domowéj na dworcu kolei Karola Ludwika we Lwowie, to jest, aby jak dotąd i nadal tylko członkowie stowarzyszenia urzędników i sług ku niesieniu chorym pomocy z téj apteki korzystać mogli; wreszcie uchwalono, iż można zezwolić na otwarcie publicznego zakładu kąpieli siarczanych w Pustomytach pod Lwowem. (*Gaz. Lw.*)

Statystyka epidemij. W tygodniu 17 ospa w Londynie znowu się bardziéj rozszerzyła. Umarło 9, leczyło się w szpitalach 213, świeżo zapadło 48. W Paryżu umarło 60, w Wiedniu 10, w Pradze 11, w Bukareszcie 16, w Petersburgu 4. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 50, w Petersburgu 51. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 76. Odra panuje w Berlinie. Z krztuśca umarło w Londynie 83. W tygodniu 18 umarło w Krakowie: 2 z ospy, 1 z płonicy, 2 z dławca, 1 z duru brzusznego, 1 z gorączki połogowéj, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy (ze Smoleńska l. 55); 2 dławca, (z Prądnika czerwonego i z Krakowa); 1 płonicy (z ul. Mostowéj l. 354).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 17 umarło na 1000 mieszk. i rok w Krakowie 40,8; we Lwowie 44,7; w Warszawie 26,9; w Wiedniu 34,2; w Pradze 47,0; w Tryjeście 34,1; w Berlinie 27,5; w Bazylei 29,6; w Brukseli 22,0; w Paryżu 30,8; w Londynie 20,2; w Kopenhadze 33,4; w Stokholmie 28,1; w Chrystyjanii 24,0; w Petersburgu 59,4; w Odesie 37,7; w Rzymie 38,4; w Wenecyi 27,7; w Bukareszcie 39,8; w Barcelonie 26,5; w Aleksandryi 33,1; w Nowym Yorku 25,8; w Kalkucie 27,9; w Bombayu 40,5. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 maja. Ponieważ b. minister oświecenia p. Stremayr pomiędzy motywami, dla których nie może przystąpić do utworzenia wydziału lekarskiego we Lwowie, przytoczył był w Komisyi Rady państwa i okoliczność, że nie ma dostatecznych sił naukowych do zapełnienia katedr utworzyć się mającego Wydziału, więc na wezwanie Senatu akademickiego we Lwowie tameczny Wydział filozoficzny, a właściwie grono profesorów oddziału matematyczno-przyrodniczego tegoż wydziału, w porozumieniu się z kilkoma lekarzami, a głównie z protomedykiem Biesiadeckim, ułożyło memoryjał, w którym dowodzi, że jakkolwiek nie byłoby wcale rzeczą uderzającą, gdyby w obec istnienia jednego wydziału lekarskiego z językiem wykładowym polskim zabrakło sił dostatecznych, skoro w Niemczech pomimo tylu wydziałów czasem w jednéj lub drugiéj gałęzi nastaje stagnacyja, tak że zachodzi potrzeba wzywania uczonych obcych, — że następnie trudno wymagać, aby lekarz poświęcał się gałęzi teoretycznéj, gdy jak dotąd nie ma żadnych widoków, aby z czasem osiągnął posadę, z któréjby miał choć skromne utrzymanie, — że jednak z drugiéj strony wielu lekarzy w nowszych czasach obok praktyki pielęgnuje i szczegółowe gałęzie teoretyczne lub praktyczne i ztąd pomimo niekorzystnych, wspomnionych warunków, przecież posiadamy siły aż nadto dostateczne do zajęcia rozmaitych katedr, w skład wydziału lekarskiego wchodzących, nawet bez naruszenia sił wydziału lek. w Krakowie. Otóż grono wzmiankowane do memoryjału swego załączyło wykaz lekarzy, z pośród których Rząd powołać może profesorów przyszłego wydziału lek. we Lwowie, dodając i szczegółowy spis prac dotychczas przez nich ogłoszonych. Memoryjał wraz z wykazem przez Senat akademicki przesłany został Ministerstwu oświaty oraz kilkunastu znakomitym posłom, jak: rektorowi Dunajewskiemu, Czerkawskiemu, Smolce, Hausnerowi itd. z prośbą o poparcie u Rządu. — Jakkolwiek znając trudności, z jakiemi się ma do walczenia przy zakładaniu nowych wydziałów, zwłaszcza lekarskich, nie spodziewamy się wcale, aby wydział lek. we Lwowie tak prędko przyszedł do skutku, zwłaszcza, gdy Rząd pomimo dwukrotnie zapadłéj rezolucyi kredytu dodatkowego w budżecie nie umieścił, — to jednak przyznać należy, że Senat akademicki we Lwowie wywiązał się ze swego zadania dobrze, to jest uczynił to, na co go tylko stać było. Dzienniki polityczne atoli podawszy wiadomość o memoryjale przedstawiły rzecz w ten sposób, jakoby sprawa ta ważna już była bliską załatwienia, a ztąd powstało gdzieniegdzie mylne mniemanie, jakoby lekarze w wykazie wymienieni już zostali powołani. Nadto w dziennikach politycznych wykaz sam był mylnie podany, dlatego podajemy go niniejszém na podstawie wiadomości autentycznéj. Otóż w wykazie tym wymienieni są: do anatomii opisowéj: Dr. Kadyi i Dr. Kopernicki, docenci w Krakowie, prof. Laskowski w Genewie; do fizyjologii: prof. Hoyer i Nawrocki oraz Dr. Mayzel w Warszawie; do anatomii patologicznéj: protomedyk Biesiadecki we Lwowie, prof. Brodowski i docent Przewóski w Warszawie; do patologii ogólnéj: Dr. Merunowicz we Lwowie; do farmakologii: Dr. Dobrzycki w Mieniu, prof. Dogiel w Charkowie, Dr. Fabian Aleksander, Dr. Łazarski we Wiedniu; do chemii lekarskiéj: Dr. Julijan Kramsztyk w Warszawie, prof. Nencki w Bernie; do medycyny sądowéj: prof. Blumenstok w Krakowie i Dr. Feigel, docent we Lwowie; do higijeny: Dr. Stanisław Markiewicz w Warszawie; do kliniki chorób wewnętrznych: Dr. Baranowski, Dr. Chałubiński i Dr. Łuczkiewicz w Warszawie, Dr. Pareński i Dr. Paszkowski w Krakowie, Dr. Rose w Warszawie i Dr. Widmann we Lwowie; do kliniki chirurgicznéj: Dr. Hofmokl docent we Wiedniu, prof. Kosiński w Warszawie, Dr. Lesser docent w Lipsku, Dr. Mikulicz docent we Wiedniu, Dr. Obaliński w Krakowie, Dr. Rydygier w Chełmnie i Dr. Szeparowicz we Lwowie; do oftalmologii: Dr. Borysikiewicz we Wiedniu, Dr. Gałęzowski w Paryżu, Dr. Jodko-Narkiewicz, Kośmiński, Zygm. Kramsztyk, Szokalski i Talko w Warzawie, Wicherkiewicz w Poznaniu; do położnictwa: prof. Czyżewicz we Lwowie, Dr. Gliszczyński w Warszawie, Dr. Jordan w Krakowie i Dr. Rogowicz w Warszawie; do chorób krtani: Dr. Hering w Warszawie, Dr. Pieniążek

docent w Krakowie; do pedyjatryi: prof. Jurasz w Heidelbergu; do chorób skórnych: Dr. Klink w Warszawie, Dr. Krówczyński i Dr. Różański we Lwowie, Dr. Zarewicz w Krakowie; do chorób usznych: Fritsche i Taczanowski w Warszawie; do psychijatryi: Dr. Chomentowski i Rothe w Warszawie.

* **Warszawa**. Na posiedzenieniu Towarzystwa lek. warszawskiego z dnia 4go bm. przedstawił komitet słownictwa psychijatrycznego sprawozdanie z czynności swych, które przyjęte zostało w całości bez dyskusyi. Na wniosek przewodniczącego wypracowanie to przesłaném będzie Towarzystwu lek. krakowskiemu, zaś osobny egzemplarz pozostanie w czytelni Towarzystwa w tym celu, żeby każdy z członków, jezeli zechce, mógł uzupełnić go swojemi uwagami, albo przesłać takowe do komitetu słowniczego w Krakowie. *(Gaz. Lek.)*

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 19: Majkowskiego: Sprawozdanie lekarskie z Buska (dok.); Wolberga: O wpływie niektórych soli i alkaloidów na trawienie (c. d.); — W *Medycynie* Nr. 19: Sznabla: Jeszcze słów kilka o różyczce; Bielińskiego: Wyniki użycia kwasu salicylowego przeciw tasiemcowi; Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorób piersiowych z Mieni (c. d.). — W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 9: Buszka: Przyczynek do statystyki śmiertelności m. Krakowa (c. d.); Kramarzyńskiego: przypadek sądowolekarski.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Ż. KRÓWCZYNSKI we Lwowie: O wycinaniu pierwotnych objawów kiły. (Osobne odbicie z Kroniki Lekarskiéj Nr. 7 i 8 r. 1880), in 8vo str. 15.

Dr. Ż. KRÓWCZYNSKI we Lwowie. Syphilis maligna. (Osobne odbicie z Archiv f. Dermat.) in 8vo str. 13.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie zwyczajne posiedzenie we środę dnia 19 maja o godzinie 5éj w Sali wykładowéj okulistycznéj, na którém Referent komitetu odczyta ostateczny projekt zmian w statucie Towarzystwa poczynić się mających, celem porozumienia się z Towarzystwem lekarzy galicyjskich.

Do Nru dzisiejszego dołącza się wiadomość o zakładzie zdrojowym w Szczawnicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w **Austryi** 8 złr. 80 c.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 22 maja 1880. **№ 21.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. STRZECHOWSKI. Przypadek śmierci z chloroformu. — II. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1870 r. do 1 stycznia 1880 r. RYDYGIER. Trzy przypadki przetok pecherzowo-pochwowych, wyleczenie. — III. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych Prymaryjusza Dra Zarewicza w Krakowie. GLÜCK. Silphium cyrenaicum przeciw dymienicom ostrym. (C. d.). — IV. *Oceny i sprawozdania*: JURASZ. — *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Odcinek*: OETTINGER. Hippokrata o powietrzu, wodach i miejscach. — CHADZYNSKI. Odpowiedź na list otwarty prof. Dra Rosnera. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Przypadek śmierci z chloroformu.

Podał Dr. **Strzechowski**,
asystent kliniki chirurgicznéj.

W d. 12 maja r. b. przybyl do kliniki chirurgicznéj Mateusz Karalski, lat 50 liczący, służący z Tarnowa z chrząstniakiem wargi górnéj. Badanie organów wewnętrznych wykazało rozedmę płuc znacznego dosyć stopnia, stłumienie serca tylko na bardzo małéj przestrzeni wykazać się dające, uderzenie koniuszkowe niedostrzegalne i niewymacalne, tony słabe, głuche, tętno duże, twarde, 80 uderzeń na minutę. Wątroba zepchnięta na dół, powiększona, brzeg jéj macalny, przy ucisku niebolesny. Śledziona powiększona. Dodać wypada, że badany nałogowym był pijakiem.

Dnia 14 b. m. przystąpił Prof. Bryk do wykonania operacyi; przed samym aktem atoli zwrócono uwagę na stan mięśnia sercowego, przypuszczano bowiem stłuszczenie tego organu opierając się na wyniku badania. Z tego téż powodu radzono choremu, aby się bez narkozy poddał rękoczynowi, przedstawiając mu wyraźnie niebezpieczeństwo, na jakie się przez wdychanie chlorotormu narażał. Chory mimo to koniecznie się domagał uśpienia go, przystąpiono więc z wszelką ostrożnością do aktu chloroformowania. Wspomnieć tutaj muszę, iż tego samego chloroformu przez cały rok w klinice używano a dwa dni poprzednio tymże samym preparatem chorą przed operacyją znieczulono. Z początku chory był spokojny, tętno było pełne, twarde, wynosiło 80 uderzeń na minutę, oddech spokojny, twarz cery prawidłowéj, w ogóle nie było widać okresu podniecenia. W 6 — 7 minut po rozpoczęciu narkozy podniósł chory kilka razy do góry głowę, klatkę piersiową wygiął ku przodowi, twarz nieco się zaczerwieniła, gałki oczne w różnych kierunkach szybko się zwracały, źrenice były miernie zwężone, spojówki gałkowe drzewkowato nastrzykane, rogówki przy dotyku silnie oddziaływały. Po dodaniu kilku zaledwie kropel chloroformu chory leżał spokojnie, rogówki stały się bezczulnemi a w chwili gdy prof. Bryk miał zrobić pierwsze cięcie, uśpiony przestał oddychać, tętno stało się nikłém i w jednéj chwili zuikło zupełnie. Natychmiast zastósowano sztuczne oddychanie za pomocą ugniatania klatki piersiowéj przy wyciągniętym na zewnątrz języku i wyprostowaniu szyi, przyczém od czasu do czasu skrapiano okolicę serca i brzuch wodą zimną i stósowano prąd przerywany; równocześnie nacierano szczotkami nogi i drażniono podniebienie bądź palcem bądź piórem. Chloroformowany od początku zamartwicy i przez cały prawie czas trzeźwienia go okazywał twarz prawidłowego wejrzenia, powieki były zamrużone, po otwarciu ich źrenice w stanie zwężonym nie oddziaływały na światło, podniebienie miękkie za dotknięciem kurczyło się, nakoniec nastały kilkakrotne głębokie wdechy, chociaż ani uderzenia serca, ani obecności tętna wykazać nie było można. Ten stan trwał blizko trzy kwandranse, po upływie których źrenice się rozszerzyły, a wdechy ustały pomimo zabiegów trzeźwienia, które bez przerwy wykonywano i które ten tylko skutek osiągnęły, że wyżéj opisane, jakkolwiek słabe bardzo oznaki życia, na kilka chwil przywróconemi zostały. W tym okresie wykonano także tracheotomiję ponad gruczołem tarczykowym, przyczém z naczyń przeciętych krew barwy wiśniowéj wypływała. Oznaki życia atoli coraz bardziéj znikały, na twarzy wystąpiła sinica, ciepłota ciała opadła a po dwugodzinnych niemal zachodach śmierć została stwierdzoną.

Czas trwania chloroformowania wynosił 7 — 10 minut, ilość użytego chloroformu 12 gramów, a zważywszy, że chloroform z sitka się ulatnia, nie wszystek przeto przez chloroformowanego bywa wdechany, to ilość, jaka się do dróg oddechowych dostała, mogla wynosić 5—6 gramów.

Rezultat sekcyi pod kierownictwem prof. Browicza w dniu 15 maja uskutecznionéj jest następujący: Mężczyzna wzrostu średniego, dobrze zbudowany, miernie odżywiony, na obu lydkach, na wewnętrznéj powierzchni przedramienia prawego jakoteż w okolicy dołka podsercowego znachodzą się powierzchowne dość rozległe otarcia przyskórka. Skóra w tych miejscach pergaminowa, żółtawa, sucha. Stężenie po-

śmiertne. Tuż po nad wcięciem rękojeści mostka rana cięta o brzegach ostrych na 3 cm. długa, z której sączy się ciecz brudno-żółta, krwawa, nitka podwiązanego naczynia wystaje z rany. Pod skórą klatki piersiowej po stronie lewej przeświecają rozgałęzienia żył. Tylna powierzchnia ciała okazuje blado różowe plamy pośmiertne. Czaszka prawidłowa, symetryczna; wewnętrzna powierzchnia gładka, blada; stósunek istót kostnych prawidłowy. Opona twarda gładka, blada, miernie napięta, po obu stronach miernie nastrzykana; wewnętrzna powierzchnia opony twardéj blada, gładka, opony miękkie cienkie przeświecają, w przestworach podpajęczych nieznaczna ilość brudnéj surowicy. Zwoje mózgowe wydatne, rowki głębokie. Tętnica lewa zatoki Sylwijusza jakoteż i tętnica podstawowa okazują nieliczne wysepkowate, blado żółte zgrubienia; wewnętrzna powierzchnia naczyń czaszkowych okazuje miejscami wysepki blado żółte, wyniosłe, dokładnie od otoczenia odgraniczone, twarde, usadowione przeważnie w pobliżu rozgałęzień naczyń. Kora mózgowa na rozkroju prawidłowéj szerokości, blada, wyraźnie od istoty rdzeniowéj odgraniczona; w istocie rdzeniowéj dość liczne ciemno-czerwone kropki i prążki. W komórkach bocznych zaledwie ślad brudnéj surowicy, sploty naczyniowe okazują prawidłową ilość krwi; komórki prawidłowych rozmiarów; wyściółka ich blada, gładka; miąższ mózgu nieco soczysty, miękki. Zatoka sierpowata podłużna zawiera nieznaczną ilość ciemno czerwonéj płynnéj krwi, zresztą prawidłowa, również w zatokach poprzecznych ciemno-czerwona krew w bardzo małéj ilości. Początki tętnic ocznych okazują zmiany w znacznym stopniu, opisane na tętnicy zatoki Sylwijusza. Płuca po otwarciu klatki piersiowéj przykrywają się brzegami, płuco lewe wolne, znacznie powietrzem w całości poduszkowato rozdęte, opłucna blada, połyskująca, gładka; miąższ na przekroju w górnych częściach różowawy w dolnych i tylnych ciemno-czerwony zawiera wszędzie powietrze, trzeszczący, suchy. Płuco prawe w dolnych częściach lekko do ścian klatki poprzyrastane, nadmiernie w całości poduszkowato rozdęte, suche, zawiera wszędzie powietrze, błona śluzowa oskrzeli blada, gładka. Mięsień przeponowy mikroskopijnie badany okazuje nieliczne zwyrodniałe włókienka, mięśnie międzyżebrowe prawidłowe. Zewnętrzna powierzchnia osierdzia pokryta znacznym pokładem tkanki tłuszczowéj, wewnętrzna blada, połyskująca, we wnętrzu osierdzia treści nieprawidłowéj nie ma. Serce nieznacznie w poprzek rozszerzone. Komórka prawa okazuje znaczny pokład tłuszczowy wnikający miejscami w sam mięsień sercowy; lewa rozmiarów prawidłowych zawiera skąpą ilość krwi płynnéj, jasno-czerwonéj. Śródsierdzie i zastawki blade, cienkie, gładkie, nitki ścięgniste i mięśnie brodawkowate niezmienione, warstwy subendokardialne lewéj komórki okazują wązkie drobne prążki i krople blado-żółte. Komórka prawa próżna, śródsierdzie i zastawki prawidłowe; warstwy subendokardialne zachowują się podobnie jak w lewéj, tętnice wieńcowe okazują miejscami drobne, żółtawe, twarde wyniosłości. Tętnica główna zstępująca, jakoteż większa część tętnic obwodowych, szczególniéj dogłowowa prawa (*Carotis dextra*) okazują rozległe żółtawe nader twarde wyniosłości, niektóre z nich za nacięciem okazują w częściach głębszych miazgę żółtawą, rozmiękającą, suchą. Grubość ściany prawéj komórki przy zastawkach 5 mm., lewej 17 mm., przy koniuszku wynosi grubość lewéj 10 mm. Mięsień sercowy badany mikroskopijnie okazał się prawidłowym. Otrzewna blada, gładka i połyskująca; ułożenie jéj prawidłowe. Wątroba powiększonych rozmiarów, torebka jéj miejscami zgrubiała, cieńka, zresztę gładka, na rozkroju blado - brunatna, z naczyń większych wylewa się obficie krew ciemno-czerwona; spójność miąższu prawidłowa. Śledziona miernie powiększona, torebka cienka, napięta; miąższ na rozkroju ciemno-czerwony znacznéj zbitości. Nerki wielkości prawidłowéj, torebka schodzi łatwo z powierzchni gładkiéj okazującéj dość liczne gwiazdki Wertheima; na rozkroju kora szerokości prawidłowéj, wyraźnie od ciemno - czerwonych piramid odgraniczona, okazująca nader liczne obok siebie ustawione kropki i prążki; miedniczki prawidłowe; spójność miąższu nerkowego prawidłowa. Błona śluzowa jelita cienkiego prawidłowa, miejscami tylko nieco rozpulchniona, sinawa i na fałdach drzewkowato nastrzykana. Naczynia kreskowe niektórych pętlic jelitowych znaczniejszą ilością krwi wypełnione, błona śluzowa jelita grubego prawidłowa. Żołądek skurczony, błona śluzowa miejscami drzewkowato nastrzykana, okazuje drobne kropkowate wynaczynionki. Tchawica i krtań nie zawierają ciał obcych; błona śluzowa w dolnych częściach blada, różowawa, gładka. W linii środkowéj 3 górne pierścienie tchawicy cięciem linijném przedzielone, błona śluzowa w sąsiedztwie zupełnie prawidłowa. Gruczoł tarczykowy mały, blady. Nowotwór na wardze górnéj badany pobieżnie pod drobnowidem okazał się jako chrząstniak.

Rozpoznanie anatomiczne: *Enchondroma labii superioris*; *Emphysema vesiculare majoris gradus; Hypertrophia ventriculi cordis dextri*; *Hyperaemia hepatis, renum et intestini tenuis*; *Atheroma aortae thoracicae, carotidis, subclaviae dextrae, arteriarum coronarium cordis, arteriarum ad basim cerebri*; *Hyperplasia endocardii.*

II. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r.

III.

Trzy przypadki przetok pęcherzowo-pochwowych, wyleczenie.

Napisał **Dr. Rydygier.**

Jeszcze w r. 1845 tak rzadko udawało się wyleczyć przetoki pęcherzowo-pochwowe, że nawet tak sławni operatorowie, jak Dieffenbach (*Operative Chirurgie* tom I), tylko wyjątkowo poszczycić się mogli szczęśliwym skutkiem operacyjnych swych zabiegów. Nie zbyt długo po tém niektórzy mistrzowie w téj specyjalności, jak Jobert i Marion Sims, z lepszym operowali skutkiem. W najnowszych czasach nieudanie się téj operacyi w rękach wprawnych choćby w najcięższych przypadkach należy do wyjątków. Do tego świetnego postępu przyczyniło się wielu pierwszorzędnych operatorów; największa bez wątpienia zasługa należy się Simonowi, bo on nie tylko wskazał sposób, podług którego zawsze nieomal wyleczenie się udaje, ale nadto sposób ten jest tak przystępny, że zniósł niejako monopol téj operacyi i oddał ją z rąk specyjalistów wszystkim chirurgom. Przyjmowanie i zachwalanie sposobów skomplikowanych, wymagających osobnego ćwiczenia i osobliwych narzędzi, jak np. sposób Bozemanna, a nie przewyższających co do skuteczności prostego sposobu Simona, nazwalibyśmy cofaniem się wstecz. W końcu zastanawiając się nad wartością rozmaitych sposobów wypowiemy, co uważamy za pożyteczne z metody Bozemanna, (co do całości jego sposobu

mamy powyższe zapatrywanie), a teraz przystępujemy do opisu naszych przypadków.

1. M. Witomska, 48 lat licząca, żona nocnego stróża z Chełmna, rodziła 9 razy. Wszystkie połogi odbyła ciężko, a przy dwóch ostatnich przywołany po 3—4 dniowych bólach lekarz założył kleszcze. Po przedostatnim połogu powstałą przetokę operowaliśmy dnia 30 września 1876 r. podług metody Simona z dobrym skutkiem (*cfr. Gaz. Lek.* 1877 r. Nr. 7). Po ostatnim połogu mocz znowu zaczął przez pochwę odpływać.

Badanie przed operacyją. Kobieta z obfitym pokładem tłuszczowym o bladéj cerze twarzy wygląda niezdrowo. Badanie miejscowe części rodnych wykazuje liczne nadżerki tak na wewnętrznéj powierzchni ud, jako téż i na wargach sromnych i w pochwie. Część pochwowa macicy znacznie zgrubiała, a przednia warga głębokiém nacięciem na dwie części przedzielona. W szczelinie téj i daléj na sklepieniu znajdujemy w staréj bliznie przetokę, przepuszczającą koniec małego palca. Mocz zawiera znaczną ilość śluzu, reszta przyrządów zdrowa.

Operacyję wykonaliśmy dnia 8/X 1878 r. sposobem Simona: Chorą ułożyliśmy w położeniu pośladko-plecowém, uśpienie. Po zaprowadzeniu największego wziernika Simona ustawiliśmy za pomocą ostrych haczyków przetokę, tak, iż bez trudności była przystępną dla oka i dla narzędzi. Brzegi okrwawione głęboko lejkowato zeszyliśmy 5 szwami z cieńkiego jedwabiu: wszystkie szwy były tylko powierzchowne, gdyż nie było żadnego naprężenia. W kilka godzin po operacyi założyliśmy cewnik, i wypuściliśmy blizko $^1/_2$ litra moczu; w nocy jeszcze raz cewnik założyć musieliśmy, a późniéj już chora sama przez cewkę mocz oddawała. Piątego dnia chora zauważyła, że nie może moczu zatrzymać, a 7 dnia przy badaniu bliższém przekonaliśmy się, że brzegi przetoki się nie zrosły i wyjęliśmy szwy. W trzy tygodnie po pierwszéj próbie powtórzyliśmy operacyję, szwów teraz założyliśmy 8. Trzeciego dnia po operacyi wystąpiła błonica pochwy; gorączka wieczorem 39,5; wypłukiwanie pochwy rozczynem kwasu karbolowego, chinin wewnętrznie. 7 dnia gorączka ustąpiła; 12 dnia wyjęliśmy szwy, gdyż przetoka była zagojona a chora zaczęła wstawać.

2. R. Feretowa, 40 lat licząca, wdowa, wyszła w 26 roku życia za mąż. We dwa miesiące potém zaszła w ciążę a po zwykłym czasie nastąpił poród i trwał przez 4 dni; położenie było czaszkowe. Po porodzie, siłami natury zakończonym, chora zaraz spostrzegła, że mocz odpływa przez pochwę i to bezustannie w każdém położeniu. Dopiero po upływie $^1/_4$ roku opuściła chora łóżko, a w 2 tygodnie potém wyjechała do Berlina. Tam przeleżała przez 10 tygodni w klinice Langenbecka, poczém nie wyleczoną wysłano napowrót do domu. Podczas feryj letnich (we wrześniu 1877 roku) przybywszy z Gryfii do Chełmna operowałem chorą w szpitalu tutejszym Sióstr miłosierdzia. Operacyja nie odniosła pożądanego skutku, zdaniem naszém dla tego, że w nocy po operacyi nie mogłem choréj prędzéj cewnikiem moczu wypuścić, aż o 6 godzinie z rana, kiedy klasztór otworzono, mimo, iż chora już od północy czuła parcie na mocz. Po dwóch tygodniach mając z Chełmna znowu wyjeżdżać, powtórzyłem operacyję mimo, że reakcyja jeszcze nie ustąpiła, ale i powtórna operacyja została bez skutku, jak się tego z góry spodziewaliśmy. Obecnie chorą przyjęliśmy do naszéj kliniki.

Badanie. Chora szczupła, ale czerstwa, jest z resztą zupełnie zdrowa. Wewnętrzne powierzchnie ud i wargi sromne, jak zwykle, nadżerkami pokryte. Po wprowadzeniu wziernika do względnie bardzo wązkiéj pochwy spostrzegamy tuż przed przednią wargą maciczną przetokę wielkości blizko talara. Przedni brzeg przetoki ostry, za kością łonową ukryty, po części do niéj przyrośnięty. Przetoka położona więcéj ku lewéj stronie sklepienia, dość trudno przystępna, bo zakryta fałdem błony śluzowéj.

Dnia 7/4 1879 r. przystąpiliśmy do operacyi. Operując, jak zwykle sposobem Simona, ułożyliśmy chorą w położeniu pośladko-plecowém i uśpiliśmy. Okrwawienie wykonaliśmy z największą akuratnością bez przemiejscowienia macicy (*in situ*), 8 szwami na przemian powierzchownemi i głębokiemi (*Vereinigungs* - i *Entspannungsnaehte*) zeszyliśmy brzegi. Cewnika nie założyliśmy na stałe, tylko podług potrzeby wprowadzaliśmy pierwszego dnia po operacyi dwa razy i w nocy téż dwa razy. Nad wieczorem 3 dnia już chora sama przez cewkę mocz oddawała. Prześcieradło od początku suche.

15/4 1879 r. (9go dnia po operacyi) wyjęliśmy dwa szwy; resztę bardzo trudno dostępną pozostawiliśmy na późniéj i dopiero po powrocie z podróży dnia 21/4 1879 roku wyjęliśmy jeszcze 4 szwy, a ostatnich dwóch nie mogliśmy wykryć dla spulchnionéj tkanki. Od tego czasu chora wstaje, mocz oddaje tylko raz lub dwa razy w nocy a we dnie co 2—3 godziny. Dnia 5/5 1879 r. wyjęliśmy ostatnie 2 szwy a więc 28 dnia po operacyi. W kilka dni po tém chora opuściła zakład.

3. M. Pawlewiczowa, 24 lat licząca. Po roku zaczynała już chodzić, następnie jednak przez lat 11 nie chodziła. Od 12 roku była zdrową, miesiączkować poczęła w 16 roku. Pierwszy raz rodziła w marcu 1879 r. Poród był bardzo ciężki, miał trwać 5 dni, poczém dziecko nieżywe wyjęte zostało przez przywołanego lekarza narzędziami. Po porodzie była bardzo chorą i przeleżała 2 miesiące w łóżku; w 3cim zaś tygodniu po porodzie zaczął mocz odpływać przez pochwę.

Badanie dnia 22/9 1879 r. Chora niskiego wzrostu, dobrze odżywiona, odnogi dolne wykrzywione, miednica zwężona rachitycznie. Liczne nadżerki na wewnętrznéj powierzchni ud. Badanie miejscowe części rodnych wykazuje na przedniéj ścianie w odległości $^3/_4$ cm. od przedniéj wargi macicy przetokę poprzeczną, przepuszczającą koniec palca.

Operacyja d. 22/10 1879 r. sposobem Simona po zachloroformowaniu. Okrwawienie brzegów nie zbyt trudne; 7 szwów założono. Drugiéj nocy chora już sama po raz pierwszy mocz oddała.

7/11 1879 r. wyjęliśmy szwy; przetoka zagojona; chora kilka godzin zatrzymuje mocz.

Z 3 powyższych przypadków drugi do trudniejszych można zaliczyć. Okazuje on nadto, co już i z innych stron stwierdzono, że można : przez 4 tygodnie pozostawić szwy z jedwabiu bez szkody dla choréj. Najlepszym to dowodem, że płonne są obawy tych, którzy twierdzą, że po użyciu jedwabiu często powstają przetoczki szwowe (*Fadenfistel*) w skutek drażnienia jedwabiu i ropienia koło niego. Polegające na téj obawie zalecenie szwu metalicznego z téj przyczyny dla nas wcale nie jest przekonywającém i wolimy używać jedwabiu, jako materyjału dogodniejszego do szycia. Z resztą pozostawić to można zupełnie do woli operatorowi, czy chce użyć jedwabiu lub drutu do szwów. Trudno atoli

nam pojąć przyczyny, dla któréj niektórzy operatorowie używają nadzwyczaj skomplikowanego szwu, jak np. Bozemann. Dobrowolném utrudnianiem sobie operacyi już i tak nie łatwéj musimy to nazwać, jeżeli po tak świetnych wynikach Simona, Simsa, Emmeta, Spiegelberga i innych, używających zwykłego szwu węzełkowatego, chcielibyśmy zaprowadzać szwy skomplikowane i trudne. Sposób Bozemanna widzieliśmy po raz pierwszy we Wiedniu w klinice Brauna i nabraliśmy powyższego przekonania nie tylko co do szwu, ale o całym sposobie. Prócz trudności w założeniu szwów i wielkiego przyrządu instrumentów uważaliśmy nadto, że płyta ołowiana, przez którą przeciąga się końce szwu, właśnie podczas przymocowania szwu nie pozwala wzrokiem kontrolować ułożenia brzegów. Przysposobienie blizn przed operacyją za pomocą wałeczków Bozemanna uważamy jeszcze za najlepszą część jego sposobu i zgadzamy się zupełnie z kol. Bylickim (Przegl. Lek. Nr. 51 1876 r. z kliniki chorób kobiecych prof. Madurowicza); nie trzeba tylko zapominać, że sposób Bozemanna wywołuje czasem wcale nieprzyjemne przypadłości, jak np. zapalenie tkanki łącznéj miednicy, mianowicie, jeżelibyśmy zaniedbali częstego wypłukiwania pochwy.

Co do położenia choréj przy operacyi, to trudno któremukolwiek z używanych sposobów we wszystkich przypadkach dać pierwszeństwo; najlepszym dowodem tego przypadek opisany przez kol. Bylickiego, gdzie prof. Madurowicz zaczął operować w położeniu bocznem prawém, a dokończył w kolanowo-łokciowém. Podług naszego doświadczenia w największéj liczbie przypadków najodpowiedniejsze jest położenie Simona; z resztą dużo, zdaje nam się, zależy od przyzwyczajenia. Nie mała różnica zachodzi także pomiędzy rozmaitymi operatorami co do okrwawienia brzegów. Simon okrwawia brzegi głęboko, lejkowato nożem na obie strony ostrym, wyjątkowo tylko nożyczkami. Jobert, Simpson i Sims okrwawiają płytko-lejkowato, Bozemann zaś bardzo szeroko i nożyczkami. Znane są wywody Simona, mające dowieść pierwszeństwa jego sposobu, a są one podług naszego zdania słuszne. Używanie wyłączne nożyczek do okrwawienia, jak Bozemann robi, nie zaleca się; boć wiadomo każdemu chirurgowi, że rany cięte nożyczkami nigdy nie są tak gładkie jak cięte nożem, i że nożyczki zawsze tkankę przyległą przy cięciu choć cokolwiek ugniatają.

Na zakończenie kilka słów o leczeniu następowém. Jesteśmy zupełnie zdania Simona, że najlepiéj obejść się zgoła bez następowego leczenia. A mianowicie uważamy za szkodliwe pozostawienie cewnika w pęcherzu. Dziwimy się, że po trafnych wywodach Simona tego jeszcze ogólnie nie uznano. Widzieliśmy np., że Hüter zostawiał cewnik, niestety widzieliśmy téż stosunkowo dość często, że przetoki się niegoiły. W najnowszym zeszycie archiwu Langenbecka skarży się Settegast (*Bericht aus dem Krankenhause Bethanien* Langbck. Arch. tom XXIV, 4 zesz. pag. 632) na kurczowe ściągania pęcherza, które nieraz cewnik wyrzucają i okropne bóle sprawiają; spostrzegano téż, że nieraz po takim napadzie przetoka nanowo się otworzyła. Mimo to nie zaprzestają zakładać cewnika, który bez wątpienia wywołuje powyższe przypadłości.

III. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych Prymaryjusza Dra Zarewicza w Krakowie.

Silphium cyrenaicum przeciw dymienicom ostrym.

Podał Dr. Leopold Glück.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20).

Do listu tego dołączono cztery historyje choroby, z których szczególniéj druga nadzwyczaj drobnostkowo jest opisana przez samego chorego Dra Constantinescu. A. T. pędzelkował dwa razy dziennie dymienicę rozczynem wyskokowym leku zwanego: *„Silphium cyrenaicum“* i otrzymał następujące wyniki. W przypadku pierwszym, dotyczącym ucznia medycyny dotkniętego przerzeczoném cierpieniem, w okresie, gdy już można było wyczuć dokładne chełbotanie, w przeciągu 28 dni nie tylko nastąpiło zupełne wessanie dymienicy, lecz co więcéj, nie pozostał ani ślad cierpienia. W przypadku drugim, gdzie stan przy rozpoczęciu użycia był ten sam, jak w przypadku poprzedzającym, chory sam będąc lekarzem domagał się przecięcia dymienicy, Au. T. użył swego leku i w 26 dniach nastąpiło zupełne wessanie. Przypadek trzeci a właściwie pierwszy, bo pięć lat przed ogłoszeniem spostrzegany, ten sam dał wynik; w przypadku zaś czwartym, gdzie Au. T. stósował lek w czasie, gdy jeszcze nie było ani śladu chełbotania, wynik był ujemny, z czego wnosi, że nie trzeba używać *Silphium* przed wystąpieniem chełbotania w dymienicy.

Tyle *Auzias-Turenne*. Przejdźmy teraz do własnych spostrzeżeń i rozpatrzmy się w wynikach, jakie osiągnęliśmy przy stósowaniu przetworu pp. Derode i Deffés.

W pierwszych dniach lutego 1879 rozpoczęliśmy na oddziale Dra Zarewicza doświadczenia z rozczynem glicerynowym *Silphii cyrenaici*, używając go przeciw dymienicom ostrym w następujących przypadkach.

I. D. 5 lutego 1879 przyjęto chorego F. M. liczącego lat 23 a dotkniętego dymienicą wielkości jaja gołębiego w pachwinie prawéj. Skóra nad obrzękiem mocno zaczerwieniona, chełbotanie wybitne na obszarze $2\frac{1}{2}$ centymetra, bolesność przy poruszaniu nogą znaczna zwiększa się przy dotyku. Od dnia przybycia chorego do szpitala do 8go lutego tj. przez dni cztery stósowano zimne co kilka minut odmieniane okłady, przyczém zaczerwienienie i chełbotanie zwiększyły się a bolesność utrzymywała się w równéj mierze. Dymienica była zupełnie dojrzałą do przecięcia, wstrzymano się jednak i użyto *„Glycéré de Silphium cyrenaicum“* w następujący sposób.

Po nalaniu na miseczkę do dziesięciu kropel płynu gęstego, olejowatego, barwy kawowéj, zapachu dość przyjemnego choć ostrego, nacierano pędzelkiem przez dziesięć niespełna minut dymienicę. Chory uskarżał się na nieznaczny ból podczas pędzelkowania a Dr. Jodłowski, który i nadal ten przypadek obserwował, doznawał lekkiego szczypania w obu kącikach oczu. Po natarciu położono na dymienicę kawałek cienkiéj, żółtéj ceraty, następnie nieco skubanki i założono opaskę nie wywierając ucisku na dymienicę. We wszystkich przypadkach stósowano lek i zakładano opatrunek w ten sam sposób, nie będę więc w dalszych spostrzeżeniach powtarzał opisu téj manipulacyi.

Dalszy przebieg pierwszego spostrzeżenia odpisuję wprost z karty wizytowéj.

Już nazajutrz tj. dnia 9 lutego zauważono, że ból i zaczerwienienie skóry są mniejsze, a w dniu 12 lutego, przy dalszém nacieraniu ból ustał zupełnie, obrzmienie i chełbotanie mniejsze. Skóra w miejscu nacieraném pokryta znaczną ilością małych pęcherzyków wypełnionych ropą. To samo leczenie stósowano daléj.

Dnia 13 lutego. Bólu wcale nie ma, nad małém obrzmieniem pachwiny skóra słabo zaczerwieniona, pęcherzyki w wielkiéj części przeobrażały się na strupki. Chełbotanie nieznaczne.

Przy dalszém codziennćm tém samém postępowaniu zauważono iż w dniu:

20 lutego gruczoł był prawie prawidłowéj wielkości, ani śladu chełbotania, skóra nad gruczołem lekko zaczerwieniona, zgrubiała i drobnemi pryszczykami pokryta. (Leczenie toż samo).

Dnia 24 lutego. Zgrubienie skóry, gruczoł wyczuwalny pęcherzyki zaschły. Usunięto leczenie; zalecono kąpiel letnią.

Dnia 27 lutego zauważono skórę nieco zgrubiałą. Chory wychodzi uleczony.

Prawdę powiedziawszy, z nie wielką wiarą w skuteczność rozpoczęto doświadczenia z lekiem w mowie będącym, tém większe jednak było zdziwienie widząc, jak „*cito, tuto et jucunde*“ działa. Nie nawrócił nas jednak świetny wynik powyższego doświadczenia, woleliśmy przypisać je przypadkowi. W każdym jednakże razie zachęcił nas do dalszych doświadczeń.

II. Dnia 17 lutego przybył do naszego oddziału K. K. służący, liczący lat 27, z rozpoznaniem; „*Ulcus molle ad externam faciem praeputii. Adenitis acuta inguinalis ambilateralis.* Dymienica prawa była prawie wielkości jaja gołębiego, ze skórą mocno zaczerwienioną, chełbotanie słabe ale wyraźne, dymienica lewa znacznie mniejsza nie chełbocąca. Bolesność po obu stronach znaczna. Leczenie: Przyżeganie wrzodu rozczynem siarkanu miedzi w stosunku 1·0 do 3·0 na dymienicę prawą. „*Glycéré de Silphium cyrenaicum*“ na lewą, okłady zimne.

W karcie wizytowéj notowano daléj: dnia 19 lutego dymienica prawa nieco mniejsza, bolesność ustąpiła, skóra w miejscu nacierania pryszczykami pokryta; dymienica lewa wynosi w rozmiarze od zewnątrz ku wewnątrz 2 cale, z góry na dół jeden cal; bolesność znaczna, skóra zaczerwieniona, chełbotania nie ma. Obustronnie: *Glyc. de Silph. cyr.* Dnia 20 lutego. Bolesność po obu stronach bez porównania mniejsza, lekkie szczypanie w oczach u pędzelkującego podczas nacierania, które w kilka minut po dokonanéj operacyi ustępuje. 25 lutego. Bolesność nieznaczna. Gruczoł prawy mniejszy, skóra na obu pokryta pęcherzykami wypełnionemi ropą. Leczenie to samo. 26 lutego. Wielka ilość pęcherzyków zaschła, gruczoły obustronnie się zmniejszyły, w prawym chełbotania nie ma. Zabrakło „*Glycéré de Silphium cyrenaicum*“. 27 lutego. Bolesność obustronnie się zwiększyła, skóra zaczerwieniona. Zimne okłady obustronnie. 28 lutego. Dziś wyczuć można małe ale wyraźne chełbotanie w obu dymienicach. 2 marca. Obustronnie na całéj powierzchni obrzęków chełbotanie. Przecięto obie dymienice i założono oprawę Listera.

Dalszy przebieg nie należy już w zakres naszego opisu. Wyniku tego spostrzeżenia nie można wprawdzie uważać jako dodatni, ale nie jest on i ujemnym, boć przecie działanie leku, jak długo był stósowany, było bardzo wyraźne i śmiało twierdzić można, że nie byłby nas zawiódł, czego najlepszym dowodem są następne spostrzeżenia.

III. F. S. prostytutka, przybyła do szpitala d. 27 marca, gdzie rozpoznano: *Ulcera mollia ad comissuram inferiorem. Adenitis inguinalis ambilateralis acuta.*

Karta wizytowa brzmi daléj: 29 marca. Gruczoły chłonne w obu pachwinach znacznie powiększone, skóra nad niemi mocno zaczerwieniona, bolesność znaczna. Okłady zimne na dymienice, na wrzody *Sol. Cupr. sulf.* 1·0—3·0. Zimne okłady robiono aż do 2 kwietnia, którego to dnia wystąpiło w obu dymienicach wybitne chełbotanie. 2 kwietnia. Pędzelkowanie *cum Glic. de Silph. cyr.* 4 kwietnia. Bolesność i obrzmienie w obu gruczołach mniejsze, toż samo i chełbotanie. Skóra mocno zaczerwieniona, okryta pęcherzykami wypełnionemi ropą. (Leczenie to samo). 8 kwietnia. Bolesność w obu gruczołach zupełnie ustąpiła, obrzmienie nieco mniejsze, chełbotanie mierne, dawne pryszczyki zaschły a na ich miejsce wytworzyły się nowe. Leczenie to samo. 10 kwietnia. Skóra słabo zaczerwieniona, nieco zgrubiała; gruczoły obustronnie wielkości orzechów włoskich, chełbotania nie ma. 16 kwietnia. Skóra w miejscu nacierania zgrubiała, pokryta pęcherzykami, gruczoły zaledwie wymacalne. Zaprzestano dotychczasowego leczenia a zalecono kąpiel letnią. 18 kwietnia. Skóra nieco zgrubiała, bardzo słabo zaczerwieniona. Kąpiele letnie. Chora opuściła dopiero 25 kwietnia szpital, bo zmiany na częściach rodnych, w czasie gdy dymienice już były ustąpiły, nie były jeszcze zupełnie zagojone. Skóra w miejscach natarcia, gdy chora szpital opuszczała, wróciła do stanu prawidłowego.

IV. U P. G. 19-letniéj prostytutki, przyjętéj do szpitala dnia 20 maja z rozpoznaniem: *Ulcus molle ad internam faciem labii pudendi minoris sinistri*, poczęła się 18 czerwca, kiedy zmiany na częściach rodnych były prawie zupełnie zagojone, wytwarzać w pachwinie lewéj dymienica. Zalecono zimne okłady a następnie nacieranie *c. tra jodi*, które jednak nie odniosło pożądanego skutku.

24 czerwca. Dymienica wielkości jaja gęsiego, skóra w miejscu obrzmienia mocno zaczerwieniona, chełbotanie na obszarze przeszło dwóch centymetrów wybitne, bolesność znaczna. Leczenie: *Glyc. de Sylph. cyr.*—25 czerwca. Bolesność nieco mniejsza, skóra pokryta pęcherzykami. Leczenie to samo. 26 czerwca. Dymienica nieco mniejsza, chełbotanie wprawdzie mniejsze, ale jeszcze wyraźne, skóra pokryta znaczną ilością pęcherzyków ropę zawierających. Leczenie to samo. 28 czerwca pęcherzyki w części popękały a w części zaschły, chełbotanie mniéj wybitne, bolesność zupełnie ustąpiła. Leczenie to samo. 29 czerwca. Skóra nieco zgrubiała w obwodzie natarcia, obrzmienie mniejsze. 4 lipca. Chełbotanie ustąpiło zupełnie. Guz zmniejszył się w obwodzie. Leczenie to samo. 7 lipca. Guz znacznie mniejszy, na skórze nieco zgrubiałéj wystąpiły pęcherzyki. Leczenie to samo. 9 lipca. Dymienica w zupełności wessana, skóra w miejscu nacierania naciekła. Kąpiel letnia. 12 lipca. Chora wychodzi uleczona.

W spostrzeżeniu tém należy zwrócić uwagę i na tę okoliczność, że chora mimo zakazu nie leżała spokojnie, owszem całemi prawie dniami była na nogach, mimo to jednak w krótkim czasie, bo w 18 dniach, nastąpiło zupełne wessanie wielkiéj i w znacznym rozmiarze chełbocącéj dymienicy. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Jurasz: **Nowy przyrząd do badania jam nosowych z przodu.**

Przyrząd prof. J. odznacza się nadzwyczajną prostotą. Jestto wziernik składający się z dwóch równych, oddzielnych rozszerzaczy, podobnych do rozszerzaczy powiekowych albo do haczyków używanych w celu badania ran. Każdy z nich przedstawia gruby drut (z srebra, nowego srebra lub mosiądzu), zgięty na podobieństwo szpilki do włosów. Odległość równoległych do siebie ramion wynosi 1 — 1·5 cm., długość zaś 10 — 11 cm. Tak w miejscu zaokrąglenia, jak i w dwóch końcach sterczących jest przyrząd ten w kierunkach przeciwnych zagięty pod kątem mniéj więcéj prostym. Końce zagięte wynoszą 1·5—2 cm., część zaś środkowa 7 cm.

W celu badania obu jam nosowych naraz, bierze się jeden rozszerzacz w jednę, drugi w drugą rękę i trzymając je palcami w części środkowéj wsuwa się jeden koniec tępy, zaokrąglony w jeden, drugi w drugi otwór nosowy. Wywierając następnie nacisk na skrzydła nosowe w strony przeciwne rozszerza się otwory nosowe. Siłę nacisku, która całkiem spoczywa w mocy badającego, można spotęgować do najwyższego stopnia, nie sprawiając przy têm badanemu żadnych uwagi godnych dolegliwości. Jeżeli tylko o zbadanie jednéj jamy chodzi, natenczas wsuwa się oba rozszerzacze w jeden otwór, cisnąc przy têm z jednéj strony na przegrodę, z drugiéj na skrzydło nosowe. Granic wewnętrznych części nosa, dostępnych oku za pomocą opisanego przyrządu, nie można wprawdzie dokładnie oznaczyć, bo w têm ważną odgrywa rolę rozmaitość budowy nosa u poszczególnych indywiduów, jednakże we wszystkich przypadkach z łatwością badać można przegrodę nosową w znacznéj odległości, niekiedy nawet aż do tylnych otworów nosowych, następnie górne części, szczególniéj środkową muszlę, wreszcie dolne części, dolną muszlę i spód jamy.

W razie, gdy tylko dolną muszlę zbadać a przy têm drażnienia jéj błony śluzowéj uniknąć zamierzamy, poleca się wsunięcie nie tępego i zaokrąglonego zagięcia przyrządu, lecz zagięcia obu końców drutu. Z końców tych wprowadza się jeden w dolny, drugi w średni przewód nosowy tak, iż muszla dolna wolną jest od nacisku. Po rozszerzeniu otworu nosowego występuje ona wtedy na podobieństwo znacznéj wypukłości i swobodnie może być zbadaną. Uniknięcie nacisku, a nawet dotykania muszli jest tu o tyle bardzo ważnêm, o ile, jak wiadomo, jéj błona śluzowa nadzwyczaj jest drażliwą, bardzo łatwo się zaczerwienia i nabrzmiewa i rozpoznanie możliwych zmian patologicznych utrudnia.

Wprawdzie przyrząd prof. J. wymaga zajęcia obu rąk do badania, z czegoby mniemać można, że nie można zastósować go do badania zgłębnikiem lub do wykonywania operacyj w nosie. Jednakże zdaniem autora żaden z dotychczasowych przyrządów do badania jam nosowych (nie wyłączając wziernika Fraenkla) rękoczynów w nosie nie ułatwia, a nawet do tego bez wszelkich wzierników obyć się można. Czubek nosa unosi się palcem ręki lewéj, ręką prawą zaś prowadząc narzędzie wywieramy niém nacisk na skrzydło nosowe i w prosty sposób torujemy sobie drogę. W razie potrzeby użycia rozszerzacza trzymanie go polecić należy asystentowi lub choremu. Ostatni wedle doświadczenia prof. Jurasza bardzo dobrze wywiązywać się zwykli ze swego zadania.

Przyrząd prof. Jurasza odznacza się wielką prostotą budowy a ztąd i taniością (u mechanika Walba w Heidelbergu kosztuje $1^1/_2$ marki), nie sprawia badającemu żadnych trudności a badanemu dolegliwości, siłę nacisku można dowolnie miarkować ręką, dotyka błonę śluzową nosa w bardzo ograniczonych tylko miejscach, przylega szczelnie we wszystkich miejscach do ściany jamy nosowéj, a co najważniejsza, pozwala osiągnąć dowolne rozszerzenie otworów nosowych w sposób bardzo prosty. (*Kronika Lekarska* Nr. 10, 1880 r.) *St. Sm.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Dr. Sabbata, lekarz gminny w Udinie ogłosił broszurę zdającą sprawę z kilku epidemij błonicy w mieście têm i okolicy panujących. Zwraca między innemi uwagę, że ogniskami błonicy nie są bynajmniéj miasta, lecz wsie, skąd dopiero za pośrednictwem mleka, które stało długo nie przykryte w izbach, jarzyn opłukiwanych wodą nie czystą, tureckiéj pszenicy itp. choroba dostaje się do miast. S. sądzi, że pod wpływem odpowiedniego leczenia większa ilość przypadków błonicy przebiedz może pomyślnie, między innemi namienia, że jad błonicowy można w ustroju zniszczyć za pomocą pary kwasu siarkawego. W tym też celu każe nie tylko w izbach, w których leżą chorzy, ale także i na podwórzach i ulicach palić siarkę, o ile tylko wywiązujący się kwas siarkawy nie szkodzi narządom oddechowym. Tym sposobem S. zdołał tak w Udinie jako i sąsiednich wsiach ograniczyć chorobę do pierwszych jéj ognisk. Na wewnątrz przepisuje S. Rp. *Ferri sulfurici oxydul. puri 5·0, Acidi sulfurici dil. gtt. 25, Sacch. albi 30·0, Aq. dest. 100.0 MDS.* Stósownie do wieku po łyżeczce co 1—2 godz. W przypadkach zajęcia nosa błonicowego wstrzykiwał z dobrym skutkiem do jam nosowych tę samą mięszaninę bez dodatku cukru. Można lek ten także przepisać jako płukadło. Wszelkie inne środki używane do pędzelkowania w celu zniszczenia grzybka błonicowego, jako też i podawane na wewnątrz (nawet i przetwory chininu) nie okazały się skutecznemi; wzwyż przytoczony sposób leczenia Sabbaty ma także zabezpieczać od chorób następowych po błonicy (*Wien. med. Bl.* 1880, Nr. 18).

ss) Dr. Niewodniczański donosi w *Gazecie Lekarskiéj*, że od wielu lat pomyślne otrzymuje skutki w róży pędzelkując części zajęte rozczynem półtorachlorku żelaza (bez dodatku wody). Zwykle po pierwszém już zastósowaniu leku tego ustępuje zapalenie skóry, dalsze więc pędzelkowania są zbyteczne. Dodawanie kollodyjonu nie jest potrzebne. Stósowanie w powyższym celu siarkanu żelazawego, jak to poleca Velpeau (7·50 grm. *ferri sulfurici* na 500 grm. wody), działa mniéj skutecznie, ale mniéj kosztuje.

Zdaje się, że działanie rozczynu żelaza jest przeciwzapalném, może skutkiem trwałego kurczenia się naczyń krwionośnych. Jeżeli zaś przypuścimy, że róża polega na zapaleniu naczyń limfatycznych skutkiem nagromadzenia się bakteryj, to możnaby przypuścić, iż środek ten niszczy wprost pasorzyty.

ss) Przypuszczając, że napady krztuścowe polegają na pewnym chorobowym odruchu nerwowym, próbował prof. Rossbach obniżyć u chorych cierpieniem têm dotkniętych wzmożoną odruchowość za pomocą elektryczności! W téj myśli stósował silny prąd stały na rdzeń pacierzowy, i to z bardzo dobrym skutkiem; także i wielkie dawki chininu okazały się skutecznemi, jednakże nie w ten sposób, jakoby pewna część chininu przy połykaniu dostawała się do krtani i tamże niszczyła grzybki

(Letzerich), lecz przez zmniejszenie pobudliwości zwrotnéj rdzenia pacierzowego; chinin podawany w opłatku nie mógł się dostać do krtani. R. sądzi, że nieżyt oskrzelowy nie stanowi tylko powikłania krztuśca, lecz należy do istoty téj choroby. *(Berl. kl. Wchft.* 1880, Nr. 18).

V. Hippokrata:

O powietrzu, wodach i miejscach.

Z greckiego przełożył
prof. Dr. Józef Oettinger.

Ośmielony zaszczytną wzmianką znakomitego kolegi doktora Minkiewicza o przekładzie ustępów z Hippokrata, zawartą w Nrze 17tym Przeglądu Lekarskiego, tudzież życzeniem szanownego Redaktora, podaję resztę wzmiankowanéj księgi a mianowicie jéj początek a następnie zakończenie, odwołując się do uwag wstępnych i części już poprzednio w Nrach 2gim, 3cim i 5tym niniejszego czasopisma ogłoszonéj.

1. Sztuki lekarskiéj kto należycie chce dochodzić, to winien czynić: a naprzód baczyć na pory roku, co zdoła sprawić każda, nie są bowiem wcale do siebie podobne, lecz różnią się wielce, tak nawzajem od siebie, jak i własnemi odmianami; potém zaś na wiatry i ciepłe i zimne, a najbardziéj na pospolite wszystkim ludziom, potém na miejscowe w każdéj okolicy. Winien zaś zważać na wód moce, jak bowiem różnią się w uściech i ciężkością, tak i moc wielce różna jest każdéj. Jakoż, gdyby kto przybył do miasta, którego jest nieświadom, winien rozpoznać jego położenie, jak leży do wiatrów i do wschodu słońca, albowiem nie toż samo sprawia leżące pod powiewem północnym, co pod południowym, ani téż ku słońcu wschodzącemu, co ku zachodzącemu. Rozważyć to trzeba jak najpilniéj i jak się ma rzecz z wodami, czy tam używają raczéj wód bagnistych i miękkich, czy twardych a z miejsc wysokich i skalistych, czy też słonych i niestrawnych; ziemia także, czy goła i bezwodna, czy zarosła i wodnista i czy w kotlinie jest i skwarna, czy wyniosła a zimna, i sposób życia ludzi, jakiego używają, czy lubią się napijać i najadać i próżnować, czy téż są ruchliwi i pracowici a tęgo jedzą i mało piją.

2. I każdą z tych rzeczy potrzeba zważyć. Kto je bowiem zna dokładnie, najlepiéj gdy wszystkie, a jeśli nie, to jak najwięcéj, tedy przybyłemu do miasta, którego jest nieświadom, nie będą tajne ani choroby miejscowe, ani jaka jest przyroda wpływów pospolitych; nie będzie się wahał w leczeniu chorób, ani błądził, co oczywiście się zdarza, gdy kto nie pamięta obeznać się z tém pierwéj. O każdéj bieżącéj porze i roku powié, jakie pospólne choroby miasto ogarną, czy to w lecie, czy w zimie i jaka każdemu z osobna przygoda wydarzy się ze zmiany sposobu życia. Znając bowiem zmiany pór i gwiazd wejścia i zejścia, jak się każda z tych rzeczy odbywa, przewidzi téż jakim rok będzie. Tak badając i uprzedzając pory najlepiéj będzie świadom każdéj rzeczy, i ku zdrowiu się jak najwięcéj nadarzy i na dobre się obróci nie mało w sztuce. Jeśliby zaś kto mniemał, że to nauka nadziemska, to zmieniwszy zdanie dowié się, że nie mało przyczynia się astronomija do sztuki lekarskiéj, lecz owszem nader wiele. Razem bowiem z porami i brzuchy przemieniają się ludziom.

3. Jak zaś należy każdą z wzmiankowanych rzeczy badać i ważyć, opowiem jasno. Którekolwiek miasto leży pod wiatrami ciepłemi, będą zaś takiemi owe pomiędzy zimowym wschodem słońca a zachodem zimowym, i takie wiatry są mu właściwe a od północnych wiatrów ma ochronę, w takiém mieście jest wód wiele a słonawych i jak konieczna wierzchnich, w lecie ciepłych, w zimie zimnych. Ludzie zaś miewają głowy wilgotne i wozgrzywe (φλεγματώδεας) a żywoty ich często się wzburzają od ściekającéj z głowy wozgrzy [1]), postacie ich po największéj części bywają wątlejsze, ani do jadła tędzy ani do picia, opiłość bowiem bardziéj dokucza. Choroby zaś te są miejscowe: naprzód niewiasty chorowite bywają i podległe upławom, potém wiele z nich nie rodzi z choroby, a nie z przyrody, bo często poronia. Dzieci zaś napadają drgawki i duszność, które, jak sądzą, zrządzają chorobę dziecięcą, jaką jest wielka choroba (ἱερὴ νοῦσος, święta choroba); mężczyzn zaś czerwonki i biegunki, i zimnice (ἠπίαλοι) [2]) i gorączki długotrwałe zimowe i nocne krosty (ἐπινυκτίδες) [3]) liczne i krwawnice w stolcu. Zapalenia zaś boków i płuc i piekączki (καῦσοι) [4]) i choroby poczytywane za ostre nie wydarzają się licznie, nie podobna bowiem, aby takie choroby zawładły, gdzie brzuchy są wilgotne. Zapalenia ócz wydarzają wilgotne, ani dolegliwe, ani długotrwałe, chyba, że jakaś pospólna choroba ogarnie ze zmiany pory. A ludzi, co przekroczą lat piędziesiąt, toki z mózgu porażają, jak skoro nagle narażą głowę na słońce lub zimno.

Owóż takie choroby są im właściwe, oprócz tego zaś, jeżeli ogarnie jakaś niemoc pospólna ze zmiany pór, to i w niéj udział biorą.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Odpowiedź na list otwarty prof. Dra Rosnera.

Szanowny Panie Kolego!

Dziękując za baczną uwagę zwróconą na moję rozprawkę „o leczeniu niektórych chorób skórnych" oświadczam że wspominając o *Herpes maculosus* miałem tylko na myśli bliższe określenie odmiany jednéj i téj saméj choroby, którą zresztą Neumann jeszcze pod 3cią odmianą *Herp. squammosus* opisuje.

Co do liszaja woszczynowatego jakkolwiek można, w kilkudziesiąt godzinach usunąć rozrzucone pojedyncze

---

[1]) Patologija ówczesna przypuszczała, że głowa a zwłaszcza mózg jest siedzibą zimna i źródłem flegmy czyli wozgrzy, która spływając do różnych części ciała zrządza w nich uporczywe toki czyli katary, jako to: oczne, nosowe, płucne, biegunki itp.

[2]) *Ηπιαλος πυρετός, Febris Epiala*, według wyjaśnienia Galena jest to cierpienie, w którém chorzy gorączkują a zimnem są przejęci, a które powstaje z wozgrzy kwaśnéj i szklistéj przechodzącéj w umiarkowaną zgniliznę. (Obacz Foesii Oeconomia Hippocratis Francofurti 1588 fol. pag. 264).

[3]) Celsus tak ten wyrzut opisuje: „Najgorsza jest krosta, która się zwie ἐπινυκτὶς. Barwy bywa ona sinawéj, lub czerniawéj lub białéj, naokoło niéj gwałtowne jest zapalenie, a gdy jest otwarta, znajduje się wewnątrz owrzodzenie śluzowe podobne barwą do swojéj cieczy. Ból z niéj po nad jéj wielkość, nie jest bowiem większa od bobu. Powstaje ona na częsciach wydatnych i prawie w nocy, zkąd Grecy nadali jéj nazwę ἐπινυκτίς. *(De medicina* lib. V. cap. 28).

[4]) Nazywano tak gorączki zakaźne odznaczające się gorącem piekącém, językiem suchym niemal czarnym, bredzeniem itp.; bardzo często, lubo nie zawsze, nasuwa się podobieństwo do naszych tyfusów.

strupki [1]), atoli, gdy ³/₄ części głowy tworzą jakby jednę zbitą, twardą skorupę, to sądzę, że usunięcie takowéj w jednym lub dwóch dniach bez zachodu, przy skąpéj niemądréj obsłudze szpitalnéj, nie jak na klinice, za zbyt długie trudno uważać. Co do dalszego losu chorych najczęściéj pochodzących z prowincyi, rzadko powracających, przeto utrudniających kontrolę, otóż przypadkowo obecnie na oddziale wenerycznym znajduje się kobieta przed pół rokiem przy innéj chorobie wenerycznéj leczona 6cio razowém zastósowaniem roczczynu kw. salicylowego i maści chryzofanowéj, mająca zresztą dość gęsty, ciemny zarost włosów, która przedstawia po obu stronach górnéj części czaszki dwa miejsca wielkości 2 talarów częściowo ołysiałe, na których od miesiąca miały się (rozumie się nie czyszcząc głowy, jak się radziło) wytwarzać łuski, strupki, po pod któremi znajduje się powierzchnia krwawiąca nieco czerwona wyżłobiona aż do właściwéj skóry (*corium*).

Włosy barwy ciemnéj, badane przy dodaniu wody z gliceryną, póżniéj potasu żrącego nie przedstawiają obecnie śladu pasorzytów. Łodyga sama włosa jest gładką, błona włóknista (naskórek) i wewnętrzna szklista wyraźne, rdzeń mniéj więcéj zachowany, górna część pochewki dobrze odrysowana, dolna część czasem zastrzępiona, bez brodawki lub z brodawką mniéj wyraźną. W strupkach blaszki naskórka.

Jednakowoż choć u niedbałéj kobiety, ponowne to pojawienie się strupków (świeże nasilenie, *nouvelle poussée* Francuzów), usprawiedliwia jakby pewne zastrzeżenie zawarte w określeniu „włosy są suche, kruche, skóra głowy przedstawia się gładką nieco zaczerwienioną zwłaszcza w miejscu dołków woszczynowatych“ i usprawiedliwia obawę szan. pana Profesora jako doświadczonego dermatologa, co do możliwości recydywy, tak częstéj po innych sposobach leczenia. W jakim stósunku może to nastąpić. po niekoniecznie całkiem wyraźnym jednym przypadku, bardzo krótko leczonym, zaiste trudno mi osądzić. Dalsze, dłużéj przeprowadzone doświadczenia będą mogły to wykazać.

Kończę tą uwagą, wychodząc ze stanowiska naukowego, że postęp osiąga się tylko „*viribus unitis*.“

Lwów 14/5 1880. *Dr. J. Chądzyński.*

[1]) Oliwą, tłuszczem, przyparkami, jeszcze teraz używanemi w szpitalu św. Ludwika (*un cas de favus généralisé, Galliard 1880 Nr. 2. Annales de dermat. et de syphilogr.*) a potém sławnym plastrem Beaumesa (*erwähnenswerthe Methode. Neumann 1873*) już używanych w r. 1853 w szpitalu Antiquailles (Lugdun), gdzie pełniłem służbę interna pod kierownictwem Didaya itd.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* P. Minister spraw wewnętrznych zamianował członkami krajowéj Rady zdrowia w Galicyi: Dra Karola Berthleffa, prymaryjusza Dra Wiktora Opolskiego, lekarza miejskiego, Dra Ignacego Rosnera i lekarza praktycznego Dra Ign. Krówczyńskiego, Wydział krajowy zaś zamianował dotychczasowych członków: dyrektora szpitala Dra Bolesława Głowackiego i Dra Zygmunta Riegera.

* Pomiędzy wnioskami, przygotowanemi przez Wydział krajowy galicyjski dla Sejmu w d. 8 czerwca zebrać się mającego zasługuje na uwagę sprawozdanie w sprawie kosztów leczenia ubogich. Ponieważ sprawa ta obchodzi nie tylko budżet krajowy, ale jest także arcyważną dla szpitali naszych, podajemy z dziennika naszego politycznego odnośną wiadomość dosłownie, z któréj treścią w zupełności się zgadzamy:

„Wiadomo, że od czasu przeniesienia kosztów leczenia na kraj, nastąpiło znaczne zwiększenie wydatków budżetu krajowego, które stało się powodem uchwalenia przez Sejm rezolucyi wzywającéj Wydział krajowy do zbadania bliższego sprawy i rozciągnięcia ściśléj kontroli nad wydatkami na koszta leczenia przeznaczonemi.“

„Stósownie do polecenia Wydział krajowy zbadał wszechstronnie sprawę i przedstawiając sprawozdanie ze swoich studyjów stawia wniosek pozostania na teraz przy dotychczasowéj ustawie, i nie przenoszenia ponownie kosztów leczenia na gminy, ani w całości ani w części. W sprawozdaniu i w popierających je załącznikach Wydział przyznaje znaczny wzrost wydatków na koszta leczenia ubogich, a chociaż usiłuje przedstawić je w sposób nie bardzo rażący, to przecież okazuje się, że od czasu przeniesienia kosztów leczenia w całości na kraj wydatki na ten cel więcéj aniżeli podwoiły się i ciągle postępują w stosunku rosnącym. Równie znacznie wzrosły dotacyje dla szpitali krajowych, tak, że kiedy w r. 1874, to jest bezpośrednio przed wprowadzeniem nowéj ustawy, koszta leczenia i dotacyje wynosiły 340,000 złr., już w r. 1878 podniosły się na 680,000 złr. Wydział krajowy nie przyznaje, aby to znaczne podwyższenie wydatków można było kłaść na karb wyłącznie ustawy z r. 1875. Znaczna część zwiększonych wydatków według sprawozdania Wydziału pochodzi w skutek otwarcia zakładu dla obłąkanych na Kulparkowie, przejęcia na fundusz kraju szpitala w Sokalu i rozszerzenia kilku innych szpitali, a mianowicie także przejęcia na koszt kraju dzieci ubogich leczonych w szpitalach św. Zofii we Lwowie i św. Ludwika w Krakowie. Dalszym powodem jest uchwała dozwalająca przyjmować żydów do szpitala powszechnego we Lwowie. wzrost ludności, zwiększenie nędzy w kraju, a dopiero w ostatnim rzędzie stoi ustawa z r. 1875, przenosząca koszta leczenia na kraj.“

„Ustawa ta jednak zdaniem Wydziału przyczyniając wydatków, oddała krajowi znakomite usługi, a mianowicie: umożliwiła ulepszenie stosunków ekonomicznych i zdrowotnych wszystkich szpitali, dała przytułek w chorobie prawie 8000 więcéj ubogim chorym, gdyż kiedy w r. 1874 leczyło się bezpłatnie 20,327 osób, w r. 1878 było ich 28,075. Ustawa także miała zmniejszyć śmiertelność nie tylko w szpitalach, ale w całym kraju. Zważywszy te wszystkie okoliczności, Wydział krajowy nie proponuje zmiany ustawy, ale radzi pozostać przy obecnéj.“

Statystyka epidemij. Ospa w Londynie nie zmieniła się w ciągu 18go tygodnia. Umarło 18. leczyło się w szpitalach 217, świeżo zapadło 43. W Wiedniu umarło 13, w Pradze 14, w Paryżu 46. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 63, w Paryżu 32. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 43, z duru osutkowego 63. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro od 1—15 marca 211 i zdaje się zmniejszać stanowczo. W Krakowie umarło w tygodniu 19: 2 z płonicy, 3 z dławca, 2 z duru brzusznego, 1 z czerwonki.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 18 umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 39,2; we Lwowie 45,1; w Poznaniu 26,9; w Wiedniu 31,0; w Pradze 49,6; w Tryjeście 36, 4; w Berlinie 25,1; w Wrocławiu 33,2; w Mnichowie 43.3; w Dreznie 23,6; w Lipsku 17,6; w Bazylei 28,6, w Brukseli 23,8; w Paryżu 27,2; w Londynie 19,8; w Kopenhadze 24,8, w Stokholmie 26,5; w Chrystyjanii 18,7; w Petersburgu 62, 4; w Rzymie 40,9; w Wenecyi 19, 2; w Barcelonie 22,8; w Aleksandryi 33,1; w Nowym Jorku 24,6; w Rio de Janeiro (9—15 marca) 71,8; w Bombayu 41,6; w Madrasie 40,3. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 maja. Wczoraj rozpoczęły się egzamina dla lekarzy rządowych; przewodniczy im przybyły w tym celu ze Lwowa radca namiestn. Dr. Biesiadecki. Zgłosiło się tym razem kandydatów 7.

* Protomedyk Dr. Biesiadecki otrzymał od rządu rosyjskiego krzyż komandorski orderu św. Stanisława w uznaniu zasług położonych koło zbadania epidemii w Wietlance. Tym sposobem Rząd rosyjski wyprzedził austryjacki w uznaniu zasługi naszego Protomedyka, co w każdym razie jest rzeczą uderzającą.

* Według nadesłanego nam wykazu w Cieplicach czeskich dotąd było gości 602.

* W Pradze czeskiéj d. 15 bm. rozpoczął się Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich, na którym zebrało się około 400 członków. Przywitał zebranych przyrodnik Krejcy, a prezesem

obrano prof. Alberta z Insbruka. Dla uczczenia Zjazdu Nr. 20 Czasopisu lekarzów czeskich wyszedł na papierze welinowym w objętości 4ch arkuszy druku, stanowiąc tym sposobem wcale pokaźny zeszyt, który zawiera pomiędzy innemi rozprawy: prof. Tomsy z Kijowa, Chvostka, Sidły we Wiedniu, proff. Eiselta, Weissa, docentów Janowskiego, Maixnera i innych w Pradze. Zeszyt ten świadczy dobrze o siłach naukowych czeskich; w ogóle Czasopis lekarzów czeskich od roku bieżącego znaczne robi postępy i w bardzo korzystny sposób odróżnia się od dawniejszych roczników. Jakkolwiek nadaremnie oglądamy się w tygodniku czeskim za wzmianką o usiłowaniach naszych, bo pobratymcy nasi o piśmiennictwie naszém zgoła nic nie wiedzą lub wiedzieć nie chcą, przecież z prawdziwém zadowoleniem zapisujemy fakt, że piśmiennictwo lekarskie czeskie w ostatnich czasach znakomicie się rozwija i najlepszego dostarcza dowodu, że Czesi zasługują na uniwersytet, skoro posiadają odpowiednie siły i z nich korzystać umieją. Pracą tą organiczną zapewne zajdą daléj, aniżeli pożałowania godnemi demonstracyjami studenckiemi, jakie temi dniami miały miejsce w Pradze, jakkolwiek przyznać należy, że więcéj może zawinili ci, którzy zstępują do knajpy, aby tam przy salamandrach, wstrętnych dla młodzieży sławiańskiéj, głosić zapatrywania swoje polityczne.

* Docent pedyjatryi Dr. Monti, posądzony w *W. med. Blätter* o plagiatorstwo, wystąpił przeciw tygodnikowi temu ze skargą o obrazę honoru, w skutek czego ostatni (20) numer tego tygodnika skonfiskowany został przez prokuratoryję,— oczywiście zapóźno, bo tymczasem numer rozesłany został. Sprawa ta oprze się o sąd przysięgłych, wątpimy atoli, czy wypadnie na korzyść skarżącego.

* Prof. Albert w Insbruku ma niebawem otrzymać drugą katedrę chirurgii w Pradze czeskiéj, zapewne z wykładem czeskim.

* W pierwszych czterech dniach września rb. odbędzie się w Medyjolanie 6ty międzynarodowy kongres oftalmologiczny. Prezesem kongresu jest prof. Quaglino.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Lenhossek w Budapeszcie otrzymał krzyż komandorski portugalskiego orderu Chrystusa i hiszpańskiego orderu Karola III. — Prof. Albert w Insbruku wybrany został członkiem towarzystwa chirurg. w Edymburgu.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr 20: Wisłockiego: O leczeniu cierpień reumatycznych w Ciechocinku; Talki: Uwagi z powodu rany i śmierci Dra Kurcyjusza. —W *Medycynie* Nr. 20: Perkowskiego: Urethro-Cystotomija, wydobycie dwóch dużych kamieni z pęcherza kobiety 78-letniéj, wyzdrowienie; Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorób piersiowych w Mieni (c. d.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 11: Dogiela: Przyczynek do nauki o działaniu arsenu na organizm zwierzęcy. (c. d.)

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w Poniedziałek d. 24 maja o godzinie 6tej w Sali wykładowéj kliniki lekarskiéj nadzwyczajne posiedzenie, na którém kol. prof. Korczyński przedstawi chorą z odsłonięciem serca po resekcyi czterech żeber, przyczém poczyni uwagi nad mechanizmem ruchów serca.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Wtorek d. 25 Maja, o godzinie 5téj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém 1) Dr. Lutostański poda wiadomość o sposobie napełniania flaszek wodą mineralną; 2) Dr. Ściborowski poda krótki pogląd statystyczny na ruch w naszych zdrojowiskach krajowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Igu. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w **Austryi** 8 złr. 80 c.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 29 maja 1880. **№ 22.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra Madurowicza w Krakowie. MARS. Przebieg endemii gorączki połogowéj w grudniu 1879 r. — II. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1870 r. do 1 stycznia 1880 r. RYDYGIER. IV. Pięć wypiłowań stawowych wyleczenie wszystkich. — III. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych Prymaryjusza Dra Zarewicza w Krakowie. GLÜCK. Silphium cyrenaicum przeciw dymienicom ostrym. (Dok.) — IV. BLUMENSTOK. Kazuistyka sądowolekarska. VI. Usiłowane otrucie całéj rodziny. Arszenik czy rybitrutka? — V. *Oceny i sprawozdania*: Patologija celularna i choroby infekcyjne. Sprawozdanie Dra Piska. CLAY. STILLER.— *Wiadomości pomniejsze.* — VI. *Posiedzenia towarzystw:* Towarzystwo lekarskie krakowkie.— VII. *Odcinek:* OETTINGER. Hippokrata: O powietrzu, wodach i miejscach. (C. d.). — ŁUCZKIEWICZ. List otwarty do Redakcyi Przeglądu Lekarskiego w sprawie Słownika. IV. — VIII. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — IX. *Wiadomości bieżące.*

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra Madurowicza w Krakowie.

Przebieg endemii gorączki połogowéj w grudniu 1879 roku.

Opisał Dr. A. Mars
asystent kliniczny.

Długie lata silono się na wytłumaczenie istoty gorączki połogowéj i wymyślano różne teoryje. Najpierw tłumaczono jéj powstawanie przerzutami zatrzymanych odchodów połogowych, późniéj przerzutami pokarmu, zastoinami żółci w kiszkach; a gdy te okazały się niewystarczającemi, szukano głównéj przyczyny w sprawach zapalnych trzew, w zapaleniu różycowém od zewnątrz idącém, a wreszcie obwiniano inne choroby jak: dur, płonicę itd.

Każda z pomienionych teoryj liczyła zwolenników, a każda nowa tworzyła jeszcze większe zamięszanie w pojęciach dotyczących gorączki połogowéj. Dopiero w roku 1847 wystąpił S e m m e l w e i s z twierdzeniem, że gorączka połogowa jest chorobą zakaźną i jemu zawdzięczamy dzisiejsze nasze pojęcia o téj chorobie. Wystąpienie Semmelweisa wywołało przewrót w dotychczasowych pojęciach i pobudziło do badania. Teoryja jego liczyła z biegiem czasu coraz więcéj zwolenników, tak, że po ogłoszeniu drukiem dzieła: *Aetiologie, Begriff et Prophylaxis des Kindbettfiebers 1861* i *Offener Brief an sämmtliche Professoren der Geburtshilfe 1862* stała się niemal ogólną. Teoryja ta w pomienionéj pracy z roku 1861 brzmi: każdy przypadek gorączki połogowéj należy uważać jako gorączkę powstałą przez wessanie rozkładających się pierwiastków gnilnych, te ostatnie zaś mogą się dostawać do organizmu od zewnątrz (*Infection von Aussen*), albo mogą powstać wśród organizmu osoby, którą zakażają (*Selbstinfection*).

Na téj podwalinie przez Semmelweisa położonéj, a jako fakt udowodniony przyjętéj, prace późniejsze omawiają albo kwestyje dotyczące jakości przyrzutu, dróg, jakiemi się do organizmu dostawać może, albo też znaczenie téj choroby społeczne a wreszcie środki zaradcze i lecznicze.

Liczny szereg prac, jakie się pojawiły, przedstawia istotnie chaos zdań i zapatrywań popieranych już to badaniami klinicznemi, badaniami na zwierzętach dokonanemi, a wreszcie teoretycznemi wywodami. Rozplątanie tego chaosu i wyświecenie prawdy pozostaje nadal trudném zadaniem.

Szczególniéj różnią się zdania autorów co do kwestyi nagminnego występowania gorączki połogowéj, i tak: jedni ze Spiegelbergiem na czele zaprzeczają w zasadzie występowania nagminnego téj choroby. W *Volkmanns klinische Vorträge* 1870 Nr. 3 powiada S p i e g e l b e r g, że nie zna żadnych epidemij, tylko pojedyńcze przypadki od siebie niezależne, mogące się przypadkowo w znaczniejszéj liczbie gromadzić w jednym zakładzie. W dziele zaś swojém *Lehrbuch d. Geburtshilfe* II 720 wydaném w r. 1878 zmienia to zdanie tylko o tyle, że chore położnice na gorączkę połogową mogą zakażać najbliższe sąsiadki w zakładzie położniczym, za pomocą powietrza unoszącego cząstki gnilne zakazić mogące.

Inni jak W i n c k e l przyznają, że istnieje nagminna gorączka połogowa, ta jednak powstaje przez zakażenie jednéj położnicy od drugiéj, skutkiem bezpośredniego przeniesienia istot zakażających z jednéj na drugą, (*Path. und Therapie des Wochenbetts* 1878 str. 341) a daléj w témże dziele na stronnicy 349 powiada, że wśród położnic chorych na gorączkę połogową mogą zdrowe połóg zupełnie prawidłowo odbywać, jeżeli się je uchroni od przeniesienia istot zakażających za pomocą narzędzi lub rąk osób usługujących.

Wreszcie niektórzy twierdzą, jak np. H e y e r d a h l, że gorączka połogowa może się szerzyć za pomocą bezpośrednio przeniesionego przyrzutu, albo też za pomocą powietrza, a daléj, że takie powietrze zakażające może się wyrodzić z rozkładu różnych odchodów, gnijących trupów itp. albo przez skupienie i liczne nagromadzenie zdrowych i chorych położnic.

Zapatrywania innych autorów zbliżają się mniéj lub więcéj do powyższych, a wszystkie zdania zdają się jakoby obracać się około kwestyi: czy powietrze może pośredniczyć w zakażeniu lub nie? a jeżeli pośredniczy, czy takowe przenosi mechanicznie tylko uniesione cząstki zakażające na osobę zdrową, lub czy także przez płuca drogą chemiczną dziać się to może.

Przebywając lat kilka w różnych zakładach położniczych nabrałem przekonania, że jak z jednéj strony zdarzają się w zakładach równocześnie liczne przypadki gorączki połogowéj, tak jak to Winckel i Spiegelberg podają, przez przeniesienie istot zakażających z jednéj położnicy na drugą a reszta połogów przebiega prawidłowo, tak z drugiéj strony przydarza się w pewnym zakładzie, że równocześnie wszystkie położnice przedstawiają mniejsze lub większe zboczenia w połogu bez wiadomych przyczyn i jeżeli w obec takiego niekorzystnego stanu zakładu pojawi się w nim przypadek gorączki połogowéj, takowa szerzy się mimo wszelkich ostrożności z jednéj położnicy na drugą i ogarnia zakład na czas jakiś. Stan ten drugi jest endemicznem wystąpieniem gorączki połogowéj. Że zaś taki stan w zakładach i taki sposób występowania gorączki połogowéj się przydarza, ma nam wykazać przebieg téjże w grudniu 1879 roku w klinice krakowskiéj.

W drugiéj połowie listopada ubiegłego roku zauważano w klinice, że częściéj tuż po porodzie występują krwotoki ze złego zwijania się macicy pochodzące, że u położnic zdrowych bez wiadomych przyczyn zwijanie się macicy bardzo było niedokładne i powolniéj postępowało, że odchody coraz u większéj liczby położnic bywają rozłożone, a co ważniejsza stosunkowo nader szybko po porodzie, gdyż często już dnia drugiego i częściéj poczęły się pojawiać inne zmiany miejscowe jak: zastoiny mleczne, nadżerki na brodawkach i ograniczone zapalenia sutków; drobne pęknięcia we wnijściu do pochwy i rany po episiotomijach pokrywały się nader szybko wypociną tworząc brzydkie wrzody połogowe; częściéj występowały po prawidłowych porodach lekkie sprawy zapalne miejscowe kołomaciczne; wreszcie coraz więcéj dzieci cierpiało na zapalenie spojówek i pępka. Biorąc rzecz ogólnie zwolna wyrodził się na klinice stan taki, że równocześnie prawie wszystkie położnice i wiele dzieci przedstawiały mniejsze lub większe zboczenia miejscowe, których powstawanie jedynie tylko zmienionemi warunkami higijenicznemi tłumaczyć można było. Wśród opisanego stanu kliniki przywieziono rodzącą, która jak poniżéj wykazać się będziemy starali, nie tylko zakaziła najbliższe sąsiadki, ale wywołała nagminne wystąpienie gorączki połogowéj.

P r z y p a d e k 1szy. M. K. 30 lat mająca, wolna, rodem z Owsianki. Miesiączkowała zawsze prawidłowo. Dwa razy rodziła; pierwsza ciąża prawidłowa jak niemniéj poród i połóg przed 6iu laty; przed 3ma laty druga ciąża prawidłowa poród zakończony kleszczami, w połogu leżała kilka tygodni z powodu boleści w dole brzucha. Po ostatnim porodzie cierpiała wciąż na białe upławy. Co do obecnéj ciąży to szczególniéj w ostatnich miesiącach miała obfite upławy, występujące od czasu do czasu obficiéj a szczególniéj podczas napadu kaszlu, który jéj dokucza od dłuższego czasu zwłaszcza w chwilach znaczniejszego natężenia fizycznego. Obecnie ma być rodzącą, bóle trwają od kilku godzin. Do kliniki przybyła dnia 2go grudnia po południu, gdzie znaleziono stan następujący:

Osoba wzrostu dobrego, dobrze zbudowana i odżywiona. Ciepłota ciała lekko podniesiona; tętno nieznacznie przyspieszone. Badanie płuc wykazało rozległy nieżyt oskrzeli. Brzuch wzdęty przez macicę sięgającą dnem do połowy odległości między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym. Macica nie bolesna, mocno ściągnięta w przerwach między bólami niewyraźnie wolniejąca. Położenie płodu skośne 1 z pośladkami bliżéj wchodu na stronę lewą zbaczającemi. Tętno płodu nie słyszalne. Ujście pochwowe szerokie, w okolicy więzadełka blizna po przebytém pęknięciu międzykrocza; z ujścia pochwowego występuje tylna ściana pochwy w postaci guza wielkości jaja kurzego, pokryta błoną śluzową zbrzękłą, guz ten daje się z łatwością odprowadzić, wypada jednakowoż natychmiast po usunięciu palca. Z pochwy wypływa ciecz wodnista brudna, cuchnąca. Sklepienie przodkowe wypuklone; część pochwowa wygładzona; brzeg ujścia zewnętrznego macicy rozwartego na wielkość czworaka, gruby, opatrzony wrębami; szyja balonowato rozdęta grubemi twardemi błonami. Pęcherz płodowy w przerwach między bólami napięty. Podczas badania przez pochwę części poprzedzającéj nieczuć zrazu, dopiero spychając drugą ręką dno macicy z góry, można od strony lewéj czuć ciało większe płodowe o powierzchni nierównéj, nietwarde i nieokrągłe odpowiadające zatém pośladkom.

Na podstawie wywiadów i badania niniejszego rozpoznano: *Multipara. Bronchitis. Prolapsus parietis posterioris vaginae. Endometritis septico-purulenta intra partum in primo stadio.* Zalecono choréj spokój, unikanie parcia, ułożono ją na bok lewy, i ograniczono badanie do koniecznéj potrzeby, w celu zachowania jak najdłużéj pęcherza płodowego, który acz gruby i twardy, ponieważ wciąż był napięty, groził pęknięciem. Pod wieczór dostała chora silnego dreszczu, ciepłota znacznie podniesiona, podano jéj chinin i kwasek. Wśród nocy po dwakroć dreszcz i wymioty kilkakrotnie, które zwalczono wodą sodową i pigułkami lodowemi *cum aqua laurocerasi.*

3/12 czyli drugiego dnia rano o godzinie 4½ rano wystąpiło charczenie zdala już słyszalne. Na twarzy lekka sinica i widoczny zapad, na całéj klatce piersiowéj rozległe rzężenia różnobańkowe jak niemniéj i w tchawicy. Tętno drobne liczne. Ujście zewnętrzne macicy rozwarte tak, że rękę przez nie przeprowadzić można. Położenie płodu jak dnia poprzedniego.

Uwzględniając stan choréj ogólny a szczególniéj poczynający obrzęk płuc i czerpiąc ztąd wskazanie do ukończenia porodu, ułożono chorą na wznak, lewą ręką wprowadzoną do pochwy przebito pęcherz i sprowadzono nóżkę prawą do pochwy, poczém wykonano ekstrakcyję ręczną szybko, na dziecku nieżywém niedonoszoném, 2100 grm. ważącém, płci żeńskiéj. Wody płodowe mętne, lekko różowo zabarwione. Na dziecku śladów maceracyi nie ma. Łożysko wystąpiło dobrowolnie w kilka minut wraz z błonami całkowitemi, krwotoku nie było. Macica dobrze skurczona. Pępowina nader gruba i tłusta; pod błoną jagnięcą tak na łożysku jakotéż i na kosmówce znachodzi się mniej więcéj 2—5 mm. gruby pokład istoty trzęskiéj. Po porodzie podano choréj: *extractum secalis cornuti*, bulijon, winną polewkę. Przepłukano szyję macicy i pochwę rozczynem 2% kwasu karbolowego, a ponieważ w klinice jedno tylko łóżko było wolne, przeto nimby się inne znalazło przeniesiono chorą tymczasowo do sali położnic zdrowych, zkąd po kilkogodzinnym pobycie przeniesiono ją wraz z łóżkiem, na którém leżała, do sali dla chorych położnic przeznaczonéj, skoro tylko tamże łóżko zostało opróżnione. W pierwszym czasie po porodzie

ustąpiły groźne objawy ze strony narządu oddechowego, widoczny przed tém zapad i sinica także. Kaszel silny nie daje jéj zasnąć, mocz odchodzi bezwiednie podczas napadów kaszlu. Po południu tegoż dnia: Ciepłota 39·2, tętno szybsze, chora nie żali się na nic. Zalecono: okłady wysychające na brzuch, co godzina zmieniać się mające, chinin z proszkiem Dowera. Opaskę uciskową na sutki, pokryte watą; nadto zalecono płynne pokarmy jak: rosół, bulijon, winną polewkę, a za napój odwar ślazu i wino.

3—5/12 Macica nie szczególnie zwinięta. Kaszel trochę mniejszy. Odchody cuchnące brudne ze spływającym bezwiednie w czasie kaszlu moczem zmięszane; stan ogólny o tyle lepszy, że ciepłota niższa.

(Dla dokładniejszego i łatwiejszego przeglądu i porównania tablice ciepłoty, rano i wieczorem mierzonéj, podamy razem późniéj).

6/12 tj. w 3im dniu po porodzie, gorączka poprzedzona dreszczem, bolesność w dole brzucha, lekkie wzdęcie, kaszel. Leczenie: Chinin z proszkiem Dowera daléj, *Liquor ammonii anisati cum camphora in mixtura gummosa* wewnętrznie, 10 sztuk pijawek nad pachwinami, *Collodium* na brzuch. Nadto odosobniono chorą przenosząc ją tegoż dnia wieczorem do separatki, gdzie tymczasem łóżko się opróżniło.

7—16/12 chora wciąż gorączkuje z miernemi remisyjami rannemi. Bolesność brzucha, acz nie zupełnie, zwolna ustępuje. (Po pijawkach widocznego bardzo zmniejszenia bolesności nie było). Bębnica mniejsza. Odchody nader cuchnące z moczem spływają. Nieżyt oskrzeli trwa wciąż; kaszel nie tak gwałtowny, wykrztuszanie śluzu łatwiejsze, ilość plwocin znaczna. W okolicy kości krzyżowéj odleżyna całkiem powierzchowna.

Co do leczenia, to w celu zwalczenia powyższych objawów podawano w miarę wskazania następujące leki, jak: *emulsio amygdalina cum aqua laurocerasi*; *morphium*; *inf. radicis ipecacuanhae.* Brzuch pomazywano w dzień *cum collodio,* okrywano okładami wysychającemi. Nadto przepłukiwano w tym czasie kilkakrotnie jamę macicy przez cewnik elastyczny aż do dna macicy zaprowadzony, rozczynami jużto kw. karbolowego, jużtéż nadmanganezianu potasowego, a wreszcie odwarem kory chinowéj. Na owrzodzenia w okolicy kości krzyżowéj przyłożono przylepiec: *emplastrum saponato-camphoratum.*

Stan zmienił się o tyle pod koniec tego czasu, że brzuch mało wzdęty; nad spojeniem kości łonowych i nad oboma pachwinami stłumienie wyraźne, acz przy omacywaniu nie daje się opór większy wyraźnie odgraniczyć, bolesności chora nie doznaje. Mocz zatrzymuje podczas kaszlu. Odchody skąpe, ropiaste przestały cuchnąć.

16—20/12. Chora ma się ogólnie lepiéj, gorączka mniejsza, oblicze choréj jaśniejsze. Nieżyt oskrzeli trwa wciąż. Leczenie tożsamo co przedtém.

21/12 wieczorem podczas gwałtownego napadu kaszlu uczuła chora gwałtowny ból nad pachwiną prawą; ból był tak silny, że musiano po dwakroć wstrzyknąć morfin pod skórę, nim się chora trochę uspokoiła. W miejscu bolesném nawet przy najlżejszém dotykaniu ból się znacznie wzmaga, skóra cała pokryta potem. Rozpoznano: Pęknięcie otorbionego ropnia kołomacicznego podczas kaszlu z wylaniem treści do jamy otrzewnéj.

22/12 na twarzy zapad, oddychanie przyspieszone, lekka duszność. Brzuch wzdęty znacznie, bolesny przy dotyku. Tętno drobne liczne. Wymiotów nie było. Rozpoznano: *Peritonitis universalis.* Leczenie zastosowano objawowe a mianowicie: morfin podskórnie, collodium na brzuch i okłady wysychające.

23/12 zapad znacznie się zwiększa; wstrzyknięto *liquor ammonii anisati* pod skórę.

24/12 Konanie a wieczorem o godzinie 11éj śmierć.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r.

IV.

Pięć wypiłowań stawowych; wyleczenie wszystkich.

Napisał Dr. Rydygier.

W sprawozdaniu z dzieła Gurlta (*Ueber die Gelenkresectionen nach Schussverletzungen*", Przegl. Lek.) namieniliśmy, że dzieło to ukazało się w chwili odpowiedniéj stanowiąc niejako kamień graniczny pomiędzy wypiłowaniami bez oprawy przeciwgnilnéj, a wypiłowaniami pod oprawą Listerowską uskutecznionemi. Co do pierwszych zamknął Gurlt niejako akta: nikt nie zapuści się pewnie po nim na to pole. Inaczéj ma się rzecz z wypiłowaniami pod oprawą przeciwgnilną, tu wypada stworzyć dopiero podobną podstawę do ocenienia. Przecież nikt z nas zastanawiając się np. w razie danym, czy wykonać wypiłowanie lub nie, nie zapyta się, jaki procent śmiertelności Gurlt otrzymał? wiemy bowiem już teraz z dotychczas ogłoszonych choć szczupłych wyników, że śmiertelność pod oprawą Listera daleko jest mniejszą, że przebieg pooperacyjny zupełnie inny. Stworzyć w jak najkrótszym czasie jak najliczniejszą statystykę, to nazwalibyśmy stworzyć pewną podstawę do dalszego działania. Z tego to względu zasługują wszystkie przypadki wypiłowań antiseptycznych na ogłoszenie; dla tego i my pospieszamy z naszym przyczynkiem wcale nie małym w stósunku do liczby chorych w naszym zakładzie w tym czasie leczonych. (W b. roku gdzie liczba chorych znacznie się powiększyła, wykonaliśmy dotychczas wspólnie z kol. Drem Wehrem 10 wypiłowań większych stawów, razem więc 15 wypiłowań w $1\frac{1}{2}$ roku bez żadnego przypadku śmierci).

W Billrotha sprawozdaniu (*Wiener Klinik* 1871—76 pag. 627) znajdujemy np. na 9508 przyp. w ciągu 17 lat leczonych tylko 103 przypadków wypiłowań, a w Langenbecka klinice wykonano podług sprawozdania Kroenleina (*Die Langenbecksche Klinik u. Poliklinik, Lgbks Archiv* XXI tom) na 1250 chorych 34 wypiłowań; w Gryfii (*Schüller, die chirurg. Klinik zu Greifswald in J. 1876. Dtsche Zeitschrift f. Chir. VIII* tom, pag 569 i nast.) w r. 1876 wypiłowano na 430 chorych 15 większych stawów. W Bardelebena klinice wypiłowano w 1877 r. na 830 chorych 6 większych stawów, więc tylko 1 więcéj, niż u nas.

Uwzględniając także literaturę naszą znajdujemy w sprawozdaniu kol. Radka, z oddziału Obalińskiego za rok 1874 na 693 chorych tylko jedno wypiłowanie, a tamże w sprawozdaniu za rok 1875 na 746 leczonych ani jednego nie było wypiłowania.

W porównaniu z temi liczbami nasze 5 (względnie 15)

przypadków stanowią wcale niepośledni przyczynek. Wszystkie te przypadki zużytkujemy w osobnéj pracy obszerniejszéj, dla tego tu tylko po krótce opiszemy przypadki z roku 1879.

Przypadek 1. K. Milak, 28 lat liczący, wyrobnik, nigdy nie chorował z wyjątkiem razu jednego w dziecięctwie na zimnicę. Rodzice umarli z cholery; rodzeństwo zdrowe. Obecne jego cierpienie trwa od 1½ roku: konie przycisnęły go wtenczas do ściany, w skutek czego dostał rwania w lewym barku. Początkowo niezmieniona siła ręki powoli się zmniejszała, również i ruchy w stawie barkowym, obecnie chory nie jest w stanie podnieść ręki do prostego kąta z tułowiem. Gdy porady lekarskie gdzieindziéj zasięgane były bez skutku, chory dnia 21/1 1879 r. przybył do naszéj kliniki.

Badanie wykazało znaczny zanik mięśni barku chorego, ruchy czynne w stawie bardzo nieznaczne; w uśpieniu swobodne, czuć tylko miękkie tarcie. Reszta przyrządów nie przedstawia nic nieprawidłowego.

Rozpoznanie. Zapalenie stawu barkowego lewego przewlekłe.

Wypiłowanie wykonaliśmy 23/3 1879 r. sposobem nowszym opisanym przez nas w Przegl. Lek. z r. 1877: cięcie od wyrostka kruczego na dół 10 cm. dlugie równoległe do przebiegu włókien m. naramiennego, a sięgające od razu aż do kości; następnie oddzielenie podważką okostnéj od kości; przepiłowanie piłką ręczną kości tuż poniżéj *tuberculum*; wyważenie odpiłowanéj główki i odłączenie do reszty od okostnéj i z torebki stawowéj; nacięcie małego (2 cm.) otworu na tylnym brzegu m. naramiennego, założenie sączka, którego jeden koniec wystawał z przedniego otworu rany, drugi z tylnego otworu; wymycie dokładne całéj jamy. Zeszycie całéj przedniéj rany aż do otworu służącego do przeprowadzenia sączka; powtórne przepłukanie ran; oprawa ściśle Listerowska obejmująca i pachę: włożyliśmy bowiem i tam pomiętéj gazy Listerowskiéj i tém się właśnie różnimy od Gurlta, który radzi zwyczajną watą pachę wypełnić. Już w naszém sprawozdaniu z jego dzieła zaznaczyliśmy, że się w tym względzie różnimy, a zdaje się nam, iż to jest ważném, ponieważ nieraz zauważaliśmy, że właśnie do pachy najobficiéj spływa wydzielina i ztamtąd najłatwiéj nastąpić może zakażenie rany czyniąc iluzoryczną pewność oprawy Listera. Zawinąwszy i ramie gazą Listera przymocowaliśmy ramie i przedramie do klatki piersiowéj ustalając je pod ostrym kątem. Całą operacyję wykonaliśmy w mgle karbolowéj, podobnie jak i następne. Główka wypiłowana znacznie zanikła o nierównéj powierzchowni, brak zupełny chrząstki stawowéj.

Bieg pooperacyjny: Gorączka nigdy nie doszła do 37,5°. Pod 3 oprawami rany zupełnie się zagoiły, a już po niespełna 3 tygodniach rozpoczęliśmy ćwiczenia ruchami biernemi, po miesiącu opuścił chory na żądanie zakład z poleceniem, żeby w domu dalsze ćwiczenia robił pod dozorem lekarskim, a nie zaniedbał elektryzowania u nas rozpoczętego. Po kilku tygodniach mieliśmy sposobność badania chorego, który znowu przyjął służbę woźnego, i przekonaliśmy się, że ruchy nadspodziewanie silnie i obszernie wykonywał. Przypadek ten może posłużyć za przykład rzeczywistego bezgnilnego przebiegu wypiłowania.

Przypadek 2. A. Gatz, 15 lat, ciężko nigdy nie chorował: rodzice żyją, chorób dziedzicznych nie ma. Od pół roku poczęło go boleć w barku lewym, ruchy stawały się coraz bardziéj utrudnione, a wkrótce potworzyły się przetoki.

Badanie: Chłopak słabowity i źle odżywiony, blady. Odnoga górna lewa cała szczuplejsza niż prawa, mięśnie wiotkie, mniéj rozwinięte niż po stronie zdrowéj. Okolica barkowa lewa obrzmiała. Od przodu znajduje się na 1½ cm. poniżéj wyrostka kruczego przy przednim brzegu mięśnia naramiennego przetoka nie prowadząca wprost do kości obnażonéj stawu. Ruchy czynne w stawie niemożebne, bierne z przodu w tył ograniczone, również i abdukcyja.

Rozpoznanie: Miejscowa gruźlica stawu barkowego lewego. (Stósownie do nowszych badań Volkmanna, Hütera i Koeniga przyjęliśmy tę nazwę zamiast dawniejszych np. guz biały, zapalenie błony stawomaźnéj ziarniste przerostowe itd.)

Wypiłowanie barku dnia 17/11 1879 r.: Uśpienie chorego rozczynem Billrotha, cięcie przednie od wyrostka kruczego równoległe do włókien m. naramiennego, na 10 cm. długie; oddzielenie okostnéj od kości, ponieważ trudno to uskutecznić od *tuberculum majus et minus*, odcięto je dłutem podobnie, jak Vogl radzi przy wypiłowaniu stawu łokciowego i ręki odciąć odpowiednie blaszki kości; odpiłowanie główki w okolicy szyjki chirurgicznéj; wyłyżeczkowanie granulacyj wypełniających przetokę i jednę stronę trzonu k. ramieniowéj; utworzenie przeciwotworu na tylnym brzegu mięśnia naramiennego; przeprowadzenie sączka od przodu ku tyłowi i z góry (z *cavitas glenoidea*) na dół, wymycie rany karbolem, zeszycie rany przedniéj jedwabiem; założenie oprawy Listera zmodyfikowanéj, ułożenie i ustalenie odnogi w sposób przy pierwszym przypadku opisany. Główka wypiłowana wewnątrz nieomal zupełnie ziarniną wypełniona, tak, że ledwo blaszki zewnętrzne tu i owdzie również przedziurawione oznaczały dawniejszą postać.

Bieg pooperacyjny: W pierwszym tygodniu wzniosła się ciepłota przez 3 dni do 39,0 i 39,1, w którym to czasie wydzieliły się małe kawałki kości, ale potém obniżyła się do 37,3 i pozostała prawidłową.

Dnia 27/12 1879 r. wypuszczono chorego ze zakładu z raną zupełnie zagojoną, z wyjątkiem miejsca, gdzie sączek leżał. W ostatnim tygodniu robiliśmy ruchy bierne i poleciliśmy kontynuować te ćwiczenia lekarzowi domowemu.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych Prymaryjusza Dra Zarewicza w Krakowie.

Silphium cyrenaicum przeciw dymienicom ostrym.

Podał Dr. Leopold Glück.

(Dokończenie. Patrz Nr. 21.)

V. Z. S., 24 letni szewc, przyjęty do szpitala 24 sierpnia z rozpoznaniem: *ulcus molle ad internam faciem praeputii, adenitis acuta ambilateralis*". Na wrzód zalecono rozczyn *cupri sulf.* 1·0—3·0, na dymienicę „*Glyc. de Silph. cyr.*". Dymienica prawa na dwa cale długa i przeszło cal szeroka, twarda, skóra zaczerwieniona, chełbotania nie ma, bolesność tak przy poruszaniu odnogą, jak przy dotyku znaczna. Dymienica lewa o połowę mniejsza, mniéj bolesna, skóra prawidłowo zabarwiona; pierwsze pędzelkowanie nieco bo-

lesne. 5 sierpnia, dymienica prawa nieco mniejsza, skóra mocniéj zaczerwieniona, bolesność przy ruchu odnogą i przy pędzelkowaniu mniejsza. Dymienica lewa wcale niebolesna, mniejsza, skóra zaczerwieniona. Leczenie to samo. 8 sierpnia. Dymienica prawa nie zmniejszyła się wcale od 5go, skóra mocno zaczerwieniona, pęcherzyki skąpe; badając dokładnie wyczuć można ślad chełbotania. Po stronie lewéj wyczuć można gruczoł niebolesny wielkości orzecha laskowego. Leczenie to samo. We dwa dni póżniéj tj. 10 sierpnia chełbotanie po stronie prawéj było już wybitne, i rozległe; w dymienicy lewéj zmiany zapalne ustąpiły zupełnie, gruczoł wyczuwalny, dla tego też lewéj dymienicy nie pędzelkowano więcéj. 13 sierpnia. W dymienicy prawéj, przy dalszém codziennem pędzelkowaniu, bolesność ustąpiła, skóra pokryła się licznemi pęcherzykami ropą wypełnionemi. Chełbotanie nieco mniejsze. Leczenie to samo. 18 sierpnia. Dymienica o wiele mniejsza, chełbotanie małe, bolesności nie ma, skóra mocno zaczerwieniona, pokryta licznemi strupkami po zaschłych pęcherzykach. 19 sierpnia. Chełbotania ślad, gruczoł znacznie mniejszy, skóra zaczerwieniona i zgrubiała. 27 sierpnia. Do dziś dnia pędzelkowano codziennie, chełbotania ani śladu, skóra zgrubiała i strupkami ze świeżo powstałych pęcherzyków pokryta. Bólów nie ma od dziesięciu dni, chory chodzi. Leczenia zaprzestano. Kąpiel letnia. 28 sierpnia. Gruczoł niewyczuwalny, zgrubienie skóry mierne. Chory opuszcza szpital wyleczony.

Przypadek powyższy (podobny do drugiego) godnym jest uwagi dla tego, że lek nie zapobiegł wprawdzie zropieniu w dymienicy prawéj, ale mimo to okazał się w następstwie skutecznym.

Przystąpmy do zestawienia zmian występujących na dymienicach podczas stósowania w mowie będącego leku.

Każdy chory uskarżał się podczas pędzelkowania na ból dosyć dotkliwy. Czy ból ten ma w sobie coś swoistego, szczególnego? nie, bo jest wywołany prostém mechaniczném drażnieniem powierzchni dymienicy, bo po zaniechaniu nacierań w kilku minutach ustępuje. W 24 do 48 godzin po pierwszém pędzelkowaniu była skóra w miejscu natarcia zazwyczaj mocniéj zaczerwieniona, ból zaś podczas saméj operacyi jest wyraźnie szczypiący, co możemy odnieść do dalszego drażnienia skóry, która przez poprzednie pędzelkowanie podrażniona i skutkiem (poczynającego) działania leku uległa zapaleniu. W trzy dni, a czasem zaraz nazajutrz po pierwszém użyciu leku, bolesność saméj dymienicy chełbocącéj staje się mniejszą i występują na niéj liczne drobne pęcherzyki, wypełnione ropą a sprawiające choremu dokuczliwe swędzenie. Podczas nacierania bólu wcale nie ma albo jest bardzo słaby. Pęcherzyki przerzeczone są zazwyczaj bardzo małe i bardzo liczne, a w 24 do 48 godzin po wykwitnieniu zasychają, pozostawiając po sobie drobne brunatne strupki mocno przyczepione do podstawy. Teraz, tj, piątego albo czwartego dnia po rozpoczęciu leczenia, chełbotanie się zmniejsza. W następnych ośmiu do dziesięciu dniach przed każdém pędzelkowaniem można się z matematyczną dokładnością przekonać o zmniejszeniu się dymienicy i chełbotania. Bólu przy nacieraniu nie ma, a skóra zazwyczaj jest lekko nacieknięta, zaczerwieniona, sącząca, miejscami strupkami a miejscami pęcherzykami pokryta. Po ośmnastu lub dwudziestu dniach po pierwszém natarciu wraca zazwyczaj do prawidłowego stanu. W tym czasie zaprzestawano dalszego nacierania glicerynowym rozczynem *Silphii cyrenaici*, a natomiast stósowano letnie kąpiele.

Tak zachowywały się dymienice chełbocące; nieco odmienny widzimy obraz przebiegu w spostrzeżeniu 5ém, gdzie rozpoczęto leczenie w czasie, w którym dymienice jeszcze nie okazywały śladu chełbotania.

Uwagi godném w tym przypadku jest, że jedna z dymienic, mianowicie prawa, przy nacieraniu daléj zwykłym trybem przebiegała i dopiero zropiawszy poczęła się zmniejszać, gdy przeciwnie druga od razu prawie, bo po dwukrotném zaledwie natarciu, do prawidłowego wróciła stanu.

Wypadałoby mi teraz omówić sposób działania naszego leku, czyli wyjaśnić co się dzieje w gruczole i co właściwie działa w naszym leku oraz jakim sposobem następuje wessanie?

Przypuszczenie Auziasa, jakoby ropa zawarta w gruczole na dwa rozkładała się pierwiastki, z których jeden ulega wessaniu a drugi porami na zewnątrz się dostaje, jest niemożebném ze względów anatomicznych, uważam przeto dalszą krytykę tegoż za zbyteczną. Z méj strony nie chcę tworzyć żadnych teoryj, tłumaczących nam działanie w mowie będącego leku; faktem jest niezbitym, iż we wszystkich przypadkach, w których go stósowano, działanie jego było uderzającém i ta okoliczność skłoniła mnie do zaznajomienia sz. kolegów z tym środkiem.

Oddając niniejszą pracę pod światły i łaskawy sąd szanownych Czytelników, muszę zwrócić uwagę na to, że jedyną moją zasługą jest zestawienie szpitalnych doświadczeń, na które wraz z innymi kolegami patrzyłem, a właściwym jéj twórcą jest Wny Dr. Zarewicz, który pierwszy zwrócił uwagę na lek tak dzielny, w skutkach swych niezawodny, a który niniejszém najgoręcéj polecam.

IV. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków

napisał prof. Dr. **Blumenstok**

VII. Usiłowane otrucie całéj rodziny. Arszenik czy rybitrutka?

We środę dnia 25 czerwca 1879 r. zachorowała cała rodzina Gałków w Rudzie wśród podobnych objawów chorobowych i z jednéj i téj saméj przyczyny. — Kapusta przekisiona zawiera dużo goryczy, tak że ją kilka razy należy moczyć. Agnieszka G. przyrządzając kapustę odlała pierwszą wodę, dolała świeżą, przysunęła garnek do ognia i wyszła z izby w pole. Mąż jéj Józef G. przybywszy do domu kosztował wody z kapusty a znalazłszy ją jeszcze gorzką odlał po raz drugi wodę i zastąpił ją świeżą. Kapustę w téj drugiéj wodzie ugotowaną pomaściła Anna G. i dała na stół, koło którego cała rodzina zasiadła. Każdy z osobna kosztował kapusty, a gdy takowa wszystkim wydawała się za gorzką, zaniechali dalszego kosztowania i woleli czekać na ziemniaki. Tymczasem jedni już przed podaniem ziemniaków uczuli nudności, ból i wymioty, drudzy zjedli wprawdzie nieco ziemniaków, ale również wkrótce uczuli gniecenie w dołku żołądkowym i dostali wymiotów; niektórzy nadto cierpieli i biegunkę. Choroba trwała u wszystkich aż do wieczora, w nocy nastąpiło zwolnienie objawów, zupełne wyzdrowienie atoli nastąpiło dopiero w przeciągu 3—6 dni. Wszystkich chorych było 7, a mianowicie 4 osoby dorosłe i 3 dzieci (od $1^1/_2$—13 lat).

D. 26 czerwca zawezwany został Dr. Bielczyk, by nieść pomoc rodzinie choréj i aby orzec, czy mięso dwóch prosiąt z téj samej przyczyny padłych można pożywać. Badanie lekarskie uskutecznione zaraz po przybyciu na miejsce tegoż dnia wykazało u wszystkich osób cerę blado-żółtawą, przekrwienie spojówek ocznych, ból w okolicy żołądka, wzmagający się przy ucisku, tętno nad 90. U dwojga osób nadto znaczne osłabienie i lekkie drzenie odnóg.

Dwie świnki morskie, którym umyślnie podano kapustę podejrzaną, dwa prosiaki, kura i pies, które jadły kapustę na gnój wyrzuconą, pozdechały. Sekcyja tych zwierząt wykazała: Serca wiotkie, krew płynną, barwy ciemno-wiśniowéj, przeważnie w komórce prawéj nagromadzoną; błonę śluzową żołądków miejscami przekrwioną, pomiędzy fałdami wynaczynionki od wielkości kropek do główki od zapałek. Miazga pokarmowa u świnki morskiéj składała się z nawpół strawionéj kapusty. Podobne przekrwienie i wynaczynionki miejscami w przełyku i dwunastnicy. Jeden nienaruszony żołądek prosiaka i świnki morskiéj wraz z miazgą w nich zawartą przechowano dla badania chemicznego.

Z kapusty z gnoju zabranéj, a poprzednio przez Gałka wyrzuconéj, wydobyto parę twardych, białawych ziarnek nierównych, które rzucone na węgiel rozżarzony wydawały z dymem woń czosnkową.

Badanie sądowolekarskie całéj rodziny odbyło się dopiero d. 6 lipca a wtedy już nie znaleziono żadnego śladu nadwerężenia zdrowia, a lekarze sądowi po zbadaniu wszystkich członków familii oraz po uwzględnieniu wszystkich szczegółów zajścia wydali następujące orzeczenie:

„Objawy chorobowe, które wystąpiły po zjedzeniu bar„dzo małéj ilości kapusty, lub wypiciu nieco soku z téjże, „są całkiem podobnemi do objawów cholery; gdy jednak „obecnie cholera nigdzie u nas nie występuje nagminnie, „przypisać musimy objawy rzeczone innéj jakiéjś szkodliwo„ści, a mianowicie jakiéjś przymieszce do kapusty dodanéj, „a nie kapuście saméj. Tak mała ilość kapusty nie mogłaby „siedmiu osobom zaszkodzić równocześnie i jednostajnie, a „najmniéj Józefowi Gałce i jego żonie, którzy kosztowali tyl„ko trochę wody z niedogotowanéj kapusty, aby poznać sto„pień goryczy. Nie ulega przeto żadnéj wątpliwości, że w ka„puście znajdowała się domieszka posiadająca własności „trujące, czyli trucizna ostra, która była zdolną wywołać „objawy cholery. Trucizną taką, przystępną dla włościanina „mógł być k w a s a r s e n a w y lub b i e l u ń k ę d z i e r z a w y. „Jeżeli przeto prawdą jest, że rodzina Gałków po spożyciu „nieco kapusty w dniu 25 czerwca nagle zapadła wśród „objawów do cholery podobnych, to nie ulega wątpliwości, „że w kapuście téj była trucizna ostra, i że wszyscy wymie„nieni członkowie rodziny skutkiem spożycia téj kapusty do„znali ciężkiego życiu zagrażającego obrażenia ciała. Opie„ramy to zdanie nasze na zeznaniu rodziny Gałków, jednak „mamy zbyt uzasadnione powody do powątpiewania w zu„pełną wiarogodność tego zeznania, jakkolwiek z drugiéj „strony stanowczo zaprzeczyć téj wiarogodności także nie „możemy. Powody te są następujące:

„1) Dr. Bielczyk podaje, że spaliwszy pewne części „z kapusty pochodzące, w dymie poczuł zapach ulatniające„go się czosnku, co za têm przemawia, że w kapuście znaj„dował się kwas arsenawy. Kwas ten nie zmienia barwy „kapusty, a przecież twierdzą Gałkowie, że ona była bardzo „zieloną; kwas arsenawy nic posiada żadnego smaku, a prze„cież wszyscy zgodnie oświadczają, że nie chcieli więcéj jeść „kapusty, ponieważ była gorzką. Arsen jest bardzo mało „rozpuszczalny w wodzie, z czego wynika, że objawy u Jó„zefa Gałka, który tylko wodę skosztował, powinny były być „słabsze, aniżeli u innych, którzy samą kapustę jedli. Objawy „chorobowe po zażyciu arsenu występują dopiero po upły„wie pół godziny najwcześniéj, a w danym przypadku wy„stąpiły nudności i wymioty natychmiast, tak że Gałkowie „już ziemniaków jeść nie mogli.

„2) Trudno przypuścić, aby w organizmie niemowlęcia, 1 $^1/_2$ „roku liczącego, ta sama szkodliwość nie działała zgubniéj, „aniżeli w ustroju mężczyzny dorosłego. Tymczasem dziecko „to siedziało przy stole i jadło wspólnie z drugimi, i czy „można przypuścić, że ono także dla przykrego smaku za„niechalo dalszego jedzenia, i że ono tak małą ilość zjadło, „która nie była zdolną do wywołania otrucia?

„3) Należałoby sprawdzić należycie przez świadków, „czy w dniu 25 czerwca istotnie wymienione objawy wy„stąpiły u rodziny Gałków; gdyby bowiem cała rodzina bez „wyjątku zachorowała była, nie obeszłoby się bez przywoła„nia pomocy sąsiadów lub księdza.“

„Oto są powody dostateczne do wzbudzenia pewnéj wątpliwości, oświadczamy atoli, że te usunięte zostaną, jeżeli rozbiór chemiczny wykryje w żołądkach zwierząt padłych w domu Gałków inną jakąś truciznę, lub jeżeli sąsiedzi odmiennie zeznają pod względem objawów chorobowych“.

W skutek tego orzeczenie Sąd powiatowy przesłał *corpora delicti* tutejszym znawcom chemikom do badania, a mianowicie garnek z kapustą gotowaną, garnek zawierający żołądki zwierzęce wraz z ich treścią, oraz woreczek mieszczący w sobie kilka nasion roślinnych.

Na podstawie rozbioru przez siebie uskutecznionego orzekli pp. chemicy, że 1) w kapuście wykryli znaczną ilość kwasu arsenawego czyli arszeniku białego (w dowód czego załączają lustro arsenu), że według oznaczenia ilościowego kapusta ta zawiera w sobie 0·96 grm. arszeniku białego, która to ilość jest więcéj niż dostateczną do pozbawienia życia jednego człowieka, 2) że w żołądkach zwierzęcych wykryli znaczny ślad arsenu (w dowód czego załączają lustro); 3) w garnkach nie wykryli arszeniku.

Sąd tutejszy, który tymczasem przejął śledztwo, otrzymawszy sprawozdanie wręczył sprawozdawcy razem z prof. B r o w i c z e m 4 ziarnka, znalezione w pomieszkaniu poszkodowanego, z wezwaniem o ich zbadanie. Z tego powodu przedłożyliśmy następującéj treści sprawozdanie:

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Patologija celularna i choroby infekcyjne.

Sprawozdanie

podał Dr. Wilhelm P i s e k, asystent przy katedrze anat. patolog. Uniw. Jag.

Zjawienie się Morgagniego na widowni naukowéj było dla medycyny zapowiedzią nowéj ery. Twórca anatomii patologicznéj w dziele swêm pomnikowêm, na schyłku życia wydanêm: „*De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis. 1761, Venetiis*“ pierwszy nauczył klinicystów anatomicznie myśleć, anatomom zaś wskazał ścisły związek, jaki zachodzi między ich wiedzą a kliniką, bez której anatomija patologiczna przeobraża się w czczy zbiór „rzadkości

i dziwactw przyrody“, czém téż dotąd była. To téż z końcem XVIII wieku pięknie rozwijała się anatomija patologiczna we wskazanym kierunku, skwapliwie nadto stosując olbrzymie postępy, jakie i inne gałęzie wiedzy lekarskiéj i w ogóle nauk przyrodniczych poczyniły. Nie mało zawdzięcza się młodemu, tak wczas dla nauki zgasłemu Bichatowi, twórcy nowoczesnéj histologii. Lecz jak zawsze duch ludzki schwyciwszy kilka ziarneczek prawdy woli ominąć drogę trudną doświadczenia lub zmudnego badania i budować systemy mające tłumaczyć spostrzeżone zjawiska, tak też początek naszego stulecia wydaje sporą ilość t. zw. „szkół lekarskich“, z których prawie każda, wcale nie trzymając się kierunku wytkniętego przez dawnych mistrzów, na swój sposób zjawiska chorobowe sobie tłumaczyć usiłowała. Po okresie witalizmu reprezentowanym w Niemczech przez Reilla, Hufelanda i Blumenbacha zajmuje umysły filozofija natury Schellinga, wprawdzie nielekarza, lecz którego wpływ na ówczesne pojęcia lekarskie wszędzie się objawia. Obok tego spekulatywnego więcéj kierunku nie brak wprawdzie prac istotną wartość naukową mających. Jakkolwiek niejeden cenny szczegół zawdzięczamy ‘Meckelowi, Vetterowi i Ottonowi, to przecież oni stanowczego wpływu na bieg nauk lekarskich nie wywarli. Mimo wydoskonalenia praktycznych działów wiedzy lekarskiéj tak w Niemczech jak we Francyi i Anglii, mimo zjawienia się na horyzoncie naukowym pierwszorzędnych gwiazd, jak Broussais, Corvisart, Laënnec i Skoda — przecież teoryje obejmujące cały ogół wiedzy lekarskiej, dążące do wyjaśnienia istoty choroby, powstawały i znikały jak różnobarwne obrazki kalejdoskopu, pozostawiając tylko mdłe wspomnienia i zwiększając chaos pojęć lekarskich, bogacących się z dnia na dzień nowemi szczegółami, którym brak harmonijnéj całości i jednolitego kierunku. Parazytyzm Starka i Jahna, w istocie będący odźwierciedleniem zmodyfikowanych nieco dawnych poglądów Sydenhama, niespostrzeżenie minął, nie mając nawet téj dobréj, inne kierunki cechującéj, strony pobudzania do nowych badań. Zaszczytnie wyróżnia się kierunek ściśle przyrodniczy Schönleina. Genijalny ten klinicysta jest jutrzenką, zapowiadającą piękną erę ścisłéj obserwacyi, unikania dyjalektyki bezowocnéj, lub tworzenia systemów, jest to odblask genijuszu Morgagniego. Świadomość, że nauki lekarskie, jako nauki przyrodnicze, winny być uprawiane według téjże saméj metody, wszczepienie tego przekonania w ogół lekarski jest zasługą Schönleina. Prace Jana Müllera, wielkiéj dla histologii patologicznéj doniosłości, przypadają właśnie w ten okres poczynającéj budzić się reakcyi przeciw teoryjom w medycynie. Porównacze, pomnikowe badania Schwanna zwróciły uwagę na identyczność pierwocin morfologicznych w świecie organicznym i umożebniły całéj plejadzie młodych badaczów z ogólniejszego stanowiska obrabianie poszczególnych gałęzi wiedzy lekarskiéj, a w szczególności patologii i anatomii patologicznéj. W tymże samym okresie spotykamy się z pracami Henlego, Rokitanskiego a później nieco Virchowa, twórcy celularnéj patologii, tak jak Schwann był twórcą ogólnéj anatomii i fizyjologii celularnéj.

Czas, w którym przypada założenie sławnego Archiwum Virchowa 1847 r. (początkowo wraz z Reinhardtem wydawanego) najtrafniéj sam Virchow[1]) określa: „Medycyna dzisiejsza tak mało podobną jest do ówczesnéj, tak wielce się różni od owéj tradycyonalnéj 2000-letniéj medycyny, że dziś już za niezwykle uczonego uważamy lekarza, gdy potrafi należycie zrozumieć i ocenić teraźniejszość. Mało który z nas jest w stanie myślą przenieść się w czasy, w których jeszcze nie wiedziano, że naczynia włosowate są naczyniami o istotnych ścianach, że mięśnie gładkie są pośrednikami ruchu nawet w najdrobniejszych utkanie narządowe okazujących zakątach ustroju, że delikatność obwodowego rozprzestrzeniania się nerwów i najśmielsze prześcignęła domysły!“

W tym właśnie czasie reformatorskie prace Virchowa zaczynają ogólną na siebie zwracać uwagę, tém bardziéj, że wszystkie nacechowane są wybitną dążnością wykazania jeżeli nie identycznych to przynajmniéj podobnych zmian w najróżnorodniejszych na pozór sprawach chorobowych. Niezliczona ilość oględzin pośmiertnych, i z dniem każdym wzrastające bogactwo faktów anatomicznych tak makro—jak mikroskopowych, nowa dopiero powstająca doświadczalna patologija, zdawały się czekać ręki mistrzowskiéj, którąby je w piękną harmonijną potrafiła ugrupować całość i wysnuła ogólne zasady patologiczne. Zadania tego podjął się Virchow. Jakkolwiek nieraz poprzednio wypowiadał, aczkolwiek urywkowo, swe poglądy, to dopiero w r. 1858 czuł się upoważnionym do wystąpienia ze swą patologiją celularną. Odczyty te miały udowodnić podstawę celularną wszystkich objawów życia, jakotéż przeciwstawić prądowi grubo-mechanicznemu i chemicznemu, który właśnie w największym był rozkwicie, subtelniejszy chemizm i mechanizm komórki. Nie miał to być wykończony w szczegółach swych system lub zbiór dogmatów nienaruszalnych, było to sformułowanie poglądów na sprawy chorobowe najogólniejsze, dające się zastósować do przyszłych postępów nauki. Sam twórca patologii celularnéj we 20 lat późniéj w sposób nieco odmienny ją przedstawia, choć główne filary pozostały niezmienione. W najnowszych jednakowoż czasach, gdy w wielu chorobach wykryto istoty niższego ustroju, „grzybki“, począł zwolna, późniéj coraz śmieléj rozwijać się prąd inny, nowy, wrogi i przeciwny zasadom przez Virchowa głoszonym. Grzybki od dawien dawna nie jako przyczyny lecz jako objawy, w wielu chorobach znane, zaczęły być w miarę wzrastających w tym kierunku odkryć uważane za najważniejszy moment etyjologiczny chorób tak, iż obok patologii celularnéj sadowiącéj wszelkie sprawy w samych komórkach, powstawała teoryja o znaczeniu istot najniższych „mikroorganizmów“ dla zmian chorobowych i chorób w ogóle, teoryja infekcyjna Ostatni ten kierunek reprezentuje Klebs w Pradze.

Zaczepki początkowo mniéj stanowcze zamieniły się w otwarte wypowiedzenie wojny, gdy Klebs na 51 zjeździe przyrodników i lekarzy w Kassel wygłosił główne zasady swéj teoryi infekcyjnéj. Ponieważ tak patologija celularna jakotéż i zasady Klebsa, który z dniem każdym zyskuje szersze koło wyznawców, szczycą się faktami na korzyść tychże przemawiającemi, przeto sądzimy, iż nie od rzeczy będzie choć w głównych zarysach skreślić poglądy, których przedstawicielem jest Virchow i te które głosi Klebs, gdyż już może w niedalekiéj przyszłości scena się zmieni. Z niedawno ogłoszonéj pięknéj i poważnéj obrony Virchowa zdamy sprawę w końcu, inaczéj bowiem zrozumienie tak ważnego przez pierwszych patologów podjętego sporu naukowego wielkiéj nader doniosłości byłoby niezupełném.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

[1]) Über die Standpunkte in der wiss. Medizin Virch. Arch. 1877. Bd. 70.

Prof. J. Clay: **O leczeniu raka części płciowych niewieścich wewnętrznem podawaniem terpentyny cypryjskiéj.**

Wiadomość o środku leczniczym przeciw cierpieniom, które dotąd były uważane za nieuleczalne, słusznie zwykliśmy przyjmować z niedowierzaniem. Należy tu być wielce ostrożnym, aby nie budzić fałszywych nadziei i tak kierować doświadczeniami, aby wyniki osiągnięte polecały się same przez się ścisłością umiejętną. Wolność od zbytnich uprzedzeń jest jednak z drugiéj strony pożądaną. W tym duchu podaję tu krótkie sprawozdanie z doświadczeń autora nad leczeniem raka części płciowych niewieścich przez stósowanie wewnętrzne terpentyny cypryjskiéj [1]). Autor czuje się upoważnionym do przypisania temu środkowi swoistego działania na nowotwory rakowe; ma on w szczególności wpływać korzystnie na stósunki tkaninowe nacieku rakowego, wywołując rychłe zmniejszenie się tegoż i powstrzymując tym sposobem rozwój miejscowego cierpienia. Nadto uważał autor po zadawaniu tego środka stałe zmniejszenie się bólów a nawet zupełne tychże ustąpienie (równocześnie nie podawał w swoich przypadkach żadnych leków kojących), co przypisuje zmniejszonemu drażnieniu zakończeń nerwowych skutkiem częściowéj inwolucyi i następowemu zwiotczeniu nacieku nowotworowego. Środek ten nie wywoływał żadnych niekorzystnych wpływów ubocznych i można było w każdym przypadku podawać go przez dłuższy przeciąg czasu bez szkody dla ogólnego odżywienia chorych. Dawka wynosiła od 0·35 do 1·50 czystéj terpentyny 2 do 3ch razy dziennie. Podaję tu krótką notatkę z kilku przypadków w ten sposób leczonych.

1) Pacyjentka lat 52 licząca. Rak włóknisty szyi i ciała macicy, znaczne bóle i częste krwotoki. Jama macicy z powodu rozpadu nowotworu rozszerzona dozwala wsunąć dwa palce. Po kilku dniach podawania terpentyny cypryjskiéj ustanie krwawienia i ustąpienie bólów, znaczne zmniejszenie się wydzieliny. Po upływie dwunastu tygodni widoczne polepszenie ogólnego stanu odżywienia, badanie palcem i wziernikiem wykazuje znaczne zmniejszenie się i skurczenie macicy. Autor widział kilka ognisk zabliźniających się na części pochwowéj (sic).

2) Chora 31 lat. Rak części pochwowéj i szyi macicy; części te przedstawiają guz wielkości jaja kurzego, rozpadający się powierzchownie, bóle i obfita cuchnąca wydzielina. Po używaniu przez 5 tygodni terpentyny cypryjskiéj ustąpienie bólów zupełne i zmniejszenie się części schorzałych do rozmiarów nieznacznie większych od prawidłowych. Zupełne powstrzymanie rozpadu.

3) Przypadek raka przybłonkowego części pochwowéj, szyi i ciała macicy wysuwającego wyrośle nowotworowe wielkości jaja gęsiego w jamę pochwy. Po 5cio miesięcznem używaniu terpentyny cypryjskiéj w postaci mleczanki nastąpiła zupełna inwolucyja nowotworu.

4) Rak szyi macicy i części pochwowéj (obrzmienie części do rozmiarów jaja gęsiego). Po trzechmiesięcznem leczeniu zauważył autor bardzo znaczne zmniejszenie się guza obok zupełnego ustąpienia bólów.

Autor robi obecnie doświadczenia nad działaniem terpentyny cypryjskiéj w przypadkach raka innych narządów, jak żołądka, sutków i pochwy, które doprowadziły go co najmniéj do tego przekonania, że środek wspomniany, chociażby się okazał niezdolnym do zniszczenia nowotworów rakowych w zupełności, w każdym razie wywiera korzystny wpływ na przebieg i usuwa przykre przypady tego cierpienia. (*The Lancet*, 13, 1880). *Dr. Ponikło.*

[1]) Terpentyna cypryjska albo z Chio (*Terebinthina Cypria s. de Chio s. pistacina)* jest to balsam otrzymywany z pistakowca terpentynowego *(Pistacia Terebinthus, L.)* w Azyi mniejszéj, Syryi i na Cyprze. Ciecz bardzo gęsta, nieprzezroczysta, lepka żółtawa, dotąd w medycynie nie używana.

Dr. B. Stiller: **O białkomoczu biegunkowym** *(albuminuria diarrhoica).*

Jeszcze w r. 1878 opisał Fischl kilka przypadków chorobowych, w których prostym nieżytom jelitowym towarzyszyło pewne współcierpienie nerek; znajdował bowiem u chorych dotkniętych przemijającemi biegunkami ostremi już to wałeczki i przyblonki, już téż białko w moczu. Dr. Stiller skonstatował najpierw, że cholerze towarzyszy zawsze miąższowe zapalenie nerek, a to nie tylko w okresie odczynowym, ale i przy największém nasileniu choroby; Hermann i Mühlhäuser zaś stwierdzili, że białkomocz jest stałym objawem cholery nawet w okresie zwiastunów. Późniéj doszedł S. do przekonania, że białkomocz towarzyszy częstokroć i zwykłym biegunkom ostrym. Wszystkie te przypadki okazywały wszelkie cechy ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego, bo w większéj części tychże obok biegunki istniały wymioty, obłożenie języka, brak łaknienia i inne przypady żołądkowe. Jeden tylko z 9 przypadków przebiegał z gorączką, reszta zaś bez gorączki, któréj zatém nie można uważać za przyczynę białkomoczu. Niewielka część chorych okazywała także objawy zapadu: oczy i rysy twarzy zapadłe, tętno miękkie i małe, zziębnienie odnóg, różne stopnie sinicy, kurczo mięśni łydkowych, przypady choleryny. Większa zaś część przedstawiała obraz zwykłéj, nagłéj biegunki, niedochodzącéj nasilenia choleryny i bez jakichkolwiek wpływów nagminnych. Prawie u wszystkich chorych biegunka była obfita, częsta, wodnista. Ilość moczu była zawsze zmniejszona skutkiem utraty wody ze stolcami i wymiocinami. Niekiedy ilość moczu była i po ustąpieniu biegunki zmniejszoną, prawdopodobnie skutkiem zmniejszonego dowozu pokarmów płynnych, tudzież obniżenia parcia ościennego w układzie tętniczym. Ciężar gatunkowy moczu był zazwyczaj niski; w trzech przypadkach znaleziono w moczu także ślady barwików żółciowych bez żółtaczkowego zabarwienia skóry, bez wątpienia skutkiem nieżytu dwunastnicy.

Zachodzi pytanie, co wywoływało objawy ze strony nerek. Nie można tu myśleć o zmianach w miąższu nerkowym wywołanych jakimś przyrzutem, gdyż przypadki Stillera były sporadyczne bez wszelkiéj cechy zakaźnéj. Zdaniem S. przyczyna przechodzenia białka do moczu polegała tu na zmniejszonéj ilości krwi w ustroju skutkiem obfitych biegunek, czyli na obniżeniu parcia ościennego w naczyniach krwionośnych, zgodnie z doświadczeniami Runeberga, według którego rozczyny białka tém łatwiéj i rychléj przechodzą przez błony zwierzęce, im pod niższym uciskiem hydrostatycznym znajduje się ciecz przesiąkająca.

Białkomocz biegunkowy pojawia się nie tylko u osób wiekowych, jak to twierdził Fischl, lecz równie często a może nawet i częściéj u ludzi w średnim wieku. Na ilość pojawiającego się w moczu białka, która nie zawsze pozostaje w prostym stosunku do nasilenia biegunki, zdają się wpływać inne jeszcze okoliczności. Być może, że i samo pojawianie się białka w moczu zależy od pewnych ustrojowych

lub przypadkowych przyczyn, zwłaszcza takich, które usposabiają do osłabienia czynności serca. (*Wiener Med. Wchft.* 1880, Nr. 18 i 19). *St. Sm.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Klebs, bardzo jak wiadomo szczęśliwy w swych poszukiwaniach pasorzytniczych, zestawia w *Arch. f. experim. Pathol.* dotychczasowe swoje badania nad przyrodą duru brzusznego. Już przed laty badał pod tym względem uczeń jego Dr. Fischel jelita, gruczoły kreskowe i śledzionę zwłok durowych, nie znalazł jednakże prócz zwykłych mikrokoków takich postaci grzybków, któreby odróżniały na pewne dur brzuszny od innych chorób zakaźnych. Później dopiero udało mu się na podstawie prac własnych i swoich asystentów wykazać, że w durze brzusznym znajdują się zawsze twory prątkowe i nitkowate. „We wszystkich badanych od tego czasu przypadkach duru brzusznego udało się wykazać w świeższych i znaczniejszych zmianach durowych jednę i tę samą postać grzybków (*schistomycetes*), i to częstokroć w tak wielkiéj ilości, że wypełniały prawie przestwory tkaninowe.“

Składniki cechujące przedstawiają pręciki i nitki nieczłonkowane, z których ostatnie mają niekiedy 80 milim. długości, szerokości zaś około 0·5—0·6 mm. Wnętrze ich jest zupełnie jednolite, ćme. Oprócz powyższych postaci zawierały zwłaszcza części zgorzelinowe i wrzodziejące na wolnéj powierzchni wielkie ilości mikrokoków, których nie znajdowano w częściach grubszych, zajętych przez pręciki i nitki. Czy różnorodne postacie te należy tu uważać jako powikłanie, lub téż istnieje między niemi jaki związek rozwojowy, trudno rozstrzygnąć; ostatnie przypuszczenie zdaje się być prawdopodobniejszém. Według tego można już dziś, powiada Klebs, jeżeli nie z zupełną pewnością, to przynajmniéj z pewném podobieństwem do prawdy przypuścić, że grzybek duru brzusznego należy do rodzaju prątków (*bacillus*). Próby hodowania tego pasorzytu zdają się zdanie to potwierdzać. „Prątki te znaleziono także w przestworach opony miękkiéj w przypadku, w którym około 10go dnia choroby objawy mózgowe znacznie były rozwinięte, gdy ze strony jelit nie było znaczniejszych przypadków. Można przypuścić, że między znaczném rozwinięciem pasorzytów w pewném miejscu a przypadami chorobowemi pewien zachodzi związek. Podobnie wykazano i w przypadkach zapalenia płuc towarzyszącego durowi owe prątki w miąższu płucnym.“ Nareszcie zestawia Klebs 24 przypadki duru brzusznego, w których rychło po dokonanéj sekcyi znaleziono opisane pasorzyty.

ss) Wygodny odczynnik na cukier w moczu podaje Pavy (*Clinical Soc. of London*, 23 stycznia). W miejsce łatwo się psującego płynu Fehlinga przyrządził t. zw. kulki odczynnikowe, zawierające w postaci stałéj składniki powyższego płynu. Kulki te rozpuszczone w 4 grm. wody przedstawiają bardzo dobry i pewny odczynnik. Dostarcza ich Cooper, Chemist. Oxford Street, London.

ss) Dr. Pellizzari odmawia środkowi zwanemu taynya leczniczych własności przeciwkiłowych; działa on więcéj wzmacniająco i może być więcéj pożytecznym u indywidów limfatycznych aniżeli u dotkniętych kiłą. (*Estratto di Sperimentale 32*).

(K. Gr.) Przeciw krwotokom z nosa używa Dr. Chasanowitz proszku złożonego z taninu, hałunu i gumy, którym napełnia rurkę szklaną 4 cale długości mającą a jeden jéj koniec wsuwa w dziurkę od nosa, z któréj krew ciecze, a do drugiego przykłada usta i proszek wdmuchuje. To powtarza kilkakrotnie, aż krwawienie ustanie, poczém każe choremu gardło wypłukać, bo zazwyczaj nieco proszku dostaje się na podniebienie miękkie i sprawia nieprzyjemne łechtanie. Proszek ten tamujący tworzy z krwią dość zbitą masę, pod którą goi się naczyńko krwionośne, a którą potém bez szkody chory wydziela, lub gdyby mocno była przyschnięta, można ją oddalić przez wystrzykanie chłodną wodą. (*Med. chir. Rundschau, Gesundheit V. 1880* Nr. 5).

VI. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie IX z dnia 5go maja 1880.

Przewodniczący: Wiceprezes Dr. Grabowski. Obecnych członków 19. Jako goście prof. Dr. Adamkiewicz i prof. Dr. Rosner.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia przewodniczący złożył do biblijoteki Towarzystwa nadesłane przez Dra Obtułowicza odbitki z prac jego zamieszczonych w Przeglądzie Lek. tudzież zeszyt kwietniowy *Nice médicale.*

2) Kol. prof. Domański wniósł w sprawie połączenia się obu Towarzystw lekarskich w kraju istniejących: Tow. lek. krak. zaprosi odpowiednią odezwą Radę zawiadowczą Tow. lekarzy galic. do wydelegowania na narady w Krakowie odbyć się mające stósownéj liczby pełnomocników. Wniosek bez dyskusyi przyjęto.

3) Wybrano członkiem czynnym Towarzystwa prof. Dra Alberta Adamkiewicza w Krakowie.

4) Kol. prof. Janikowski w imieniu komisyi językowéj wniósł: Z powodu zainteresowania się ogółu lekarzy polskich a osobliwie warszawskich słownikiem wyrazów lekarskich, którego wydanie ma wkrótce nastąpić, i na życzenie tychże publicznie wyrażone Towarzystwo lek. krak. upoważnia komisyję do przesłania Towarzystwu lek. warszawsk. tudzież Tow. lekarzy galic. we Lwowie szeregu wyrazów wątpliwych i nieutartych w celu ocenienia tychże.

Wniosek ten gorąco popiera kol. Zarewicz a kol. Domański radzi jeszcze uchwalić dla Komisyi kredyt na pewną kwotę, stósownie do kosztów, jakie przesyłka taka za sobą pociągnie. Kol. Obaliński powątpiewa o możności wykonania wniosku komisyi a mianowicie zachodzi pytanie, które wyrazy należy do ocenienia przesłać, powtóre co zrobić w razie, jeżeli Towarzystwo lek. warszawskie odrzuci wyrazy u nas już przyjęte i za dobre uznane; dla tego jest zdania, aby z tą sprawą wstrzymać się aż do zjazdu lekarskiego. W celu usunięcia tych wątpliwości proponuje kol. Domański, aby komisyja językowa przybrała sobie kilku kolegów, z nimi naradziła się nad sposobem przeprowadzenia wniosku komisyi językowéj i zdała sprawę na najbliższém posiedzeniu. Wniosek ten poparty przez kol. Janikowskiego przyjęto.

5) Kol. prof. Domański odczytał wyjątek z obszerniejszéj swéj pracy pod tytułem: O kile układu nerwowego. Praca ta będzie umieszczoną w całości w Przeglądzie Lek.

W dyskusyi oświadcza prof. Rosner: Wdzięczność należy się kol. Domańskiemu, że poruszył kwestyję, która w świecie lekarskim obecnie jest na porządku dziennym. Kwestyja wpływu kiły na układ nerwowy, a mianowicie na ośrodki nerwowe, obrabiana od kilku wieków, a w ostatnich 50tu latach przez tylu najznakomitszych lekarzy, daleka jeszcze jest od rozstrzygnięcia ostatecznego, a to przeważnie dla tego, że anatomija patologiczna ostatniego decydującego słowa w téj sprawie nie wypowiedziała. Pytajmy się szczerze, na czém téż polega rozpoznanie za życia zmian kiłowych w mózgu? Otóż na tém, że chory przy braku danych dla przypuszczenia udaru prostego lub embolii, przed laty dotknięty był kiłą, a cóż w takich przypadkach anatomija patologiczna wykazuje? Otóż w wyjątkowych tylko przypadkach obrzęk kiłowy w mózgu, najczęściéj rozmiękczenie mózgu lub wynaczynienie włosowate, lub zgrubienie opon mózgowych. Dopóki sądzono, że zmiany w tętnicach mózgowych opisane przez Heubnera, wyłącznem są następstwem zakażenia kiłowego, dopóty można było uważać rozmiękczenie mózgu, wy-

naczynienie etc. za następstwo pośrednie kiły. Odkąd wszakże wykazano, że owa *Endarteriitis obliterans* powstać może z innych przyczyn niezawisłych wcale od kiły, odtąd tym zmianom w mózgu znaczenia nawet pośredniego kiły przyznać nie można a przecież nikt wątpić nie może, że zachodzi pewien związek między temi zmianami w mózgu a kiłą, związek taki można sobie nawet wytłumaczyć, jeżeli się tylko nie zechce przypisywać we wszystkich tych przypadkach jedynie tylko kile wpływu szkodliwego na ośrodki nerwowe. Wiadomo przecież, że już w 16tym stuleciu przypadki porażenia u kiłowych były przedmiotem sporu między lekarzami, jedni utrzymywali, że kiła, drudzy i to najznakomitsi, że rtęć porażenia te sprowadza. Zdanie to ostatnie nie poparte żadnym dowodem naukowym, zostało prostém przypuszczeniem tylko. Ale ciągle aż do ostatnich czasów odzywały się głosy i to poważne za wpływem szkodliwym na układ nerwowy rtęci zadanéj w celu leczniczym, a słuszności do pewnego stopnia zdaniu temu odmówić nie można.

Jeżeli się uwzględni statystykę poważną np. Boecka, opartą na przeszło 1500 przypadkach dobrze obserwowanych, a z któréj się okazuje, że zmiany w układzie nerwowym częściéj się zdarzają u kiłowych leczonych rtęcią, aniżeli u takich kiłowych, którzy nigdy rtęci nie używali; jeżeli się zważy, jak rzadko według podań lekarzy zdarzać się mają porażenia w miejscach, gdzie kiła, nie leczona zazwyczaj rtęcią, od dawnego czasu endemicznie panuje; jeżeli się uwzględni, że rtęć wprowadzona w celu leczniczym do organizmu przez kilka a nawet kilkanaście lat w organizmie zatrzymaną bywa, jak to Vajda w cennéj swojéj rozprawie wykazał, i że rtęć tę zatrzymaną wykazano w ośrodkach nerwowych, dla których ona przecież już jako obce ciało obojętną być nie może, a nadto się zważy, że kiła z upodobaniem wywołuje zmiany w przyrządach doznających zadrażnienia, to niezawodnie nielogicznem nazwać nie można twierdzenia, że w wielu przypadkach na wytworzenie się zmian chorobowych w ośrodkach nerwowych wpływa, oprócz zakażenia kiłowego, i rtęć zadawana chorym w celu leczniczym a zatrzymana w organizmie.

Już przed 13tu laty wypowiedziałem w Przeglądzie Lekarskim zdanie moje o wpływie szkodliwym rtęcicy na przebieg kiły tak zwanéj trzeciorzędnéj, późniejsze doświadczenia utwierdziły mnie w przekonaniu, że to zdanie jest najzupełniéj słuszne. Nie jestem bynajmniéj przeciwnikiem rtęci i owszem przyznaję, bo tyle razy o tém się przekonałem, że rtęć w wielu przypadkach jest najdzielniejszym, a w niektórych jedynym, środkiem usuwającym zmiany kiłowe, ale przeciwny jestem podawaniu bezmyślnemu rtęci w każdym przypadku kiły bez zachowania ostrożności, bez starania się o wyprowadzenie z organizmu rtęci zatrzymanéj. Nie jest to zdaniem mojém prostym trafem tylko, że dotąd nie widziałem ani jednego przypadku porażenia na tle kiłowém, któryby przed porażeniem nie był leczony rtęcią, a widziałem, że podczas leczenia rtęcią przy 28 frykcyi hemiplegia nastąpiła; nie twierdzę, żeby kiła sama bez rtęci nie mogła wywołać i nie wywoływała zmian w układzie nerwowym, sprowadzających porażenie, ale twierdzę, oparty na statystyce poważnéj, że zmiany te w układzie nerwowym częściéj się wydarzają u kiłowych leczonych rtęcią aniżeli u kiłowych nie leczonych rtęcią.

Kol. Zarewicz stwierdza spostrzeżenie prelegenta, że w szpitalu nader rzadko trafia się kiła układu nerwowego, albowiem o ile sobie przypomina, widział na swoim oddziale w ciągu kilku lat zaledwie 5 przypadków, a między tymi tylko jeden u kobiety; w praktyce prywatnéj wydarza się ona częściéj. Zgadza się również i na to, że praca umysłowa usposabia prawdopodobnie do występowania kiły w układzie nerwowym, przytacza następnie jeden przypadek kiły układu nerwowego u służącego, który nigdy nie leczony rtęcią, dostał porażenia połowiczego; opierając się zaś na datach statystycznych Dra Julliena przypuszczaćby należało, że rtęć usposabia do występowania kiły w układzie nerwowym, gdyż zestawienia jego wykazują, iż w tych przypadkach, w których chorzy nie używali rtęci, procent zmian kiłowych w układzie nerwowym był bardzo nieznaczny. Mimo to jednak stwierdzić musi, iż na oddziale jego, gdzie chorzy przeważnie rtęcią są leczeni, bardzo mało napotyka się przypadków kiły układu nerwowego. Że podczas leczenia rtęcią występują ponowne ataki, dowodzi to, że rtęć nie zapobiega takowym chociaż je usuwa, przyczém wypada zaznaczyć, że kiła układu nerwowego chętnie recydywuje. W końcu zapytuje kolegów, czy osiągali pomyślne skutki w leczeniu niemoty w skutek porażenia występującéj, w przypadkach bowiem przez niego obserwowanych nie może się poszczycić tak świetnemi rezultatami, jak to inni autorowie obserwowali.

Prelegent namienia, że okoliczność przytoczona przez prof. Rosnera, że zmianom kiłowym w układzie nerwowym ulegają jeżeli wprawdzie nie wyłącznie to przynajmniéj przeważnie chorzy, których leczono rtęcią, byłaby nader wielkiéj wagi dla nauki i praktyki; wspomina następnie, że nie dawno widział przypadek porażenia mięśniów ocznych obok innych objawów mózgowych, w którym chory wykształcony stanowczo oświadczył, iż nigdy rtęci nie używał. Że atoli na takie oświadczenia chorych całkowicie spuszczać się nie można, rzecz powszechnie wiadoma. W każdym razie okoliczność przez prof. Rosnera podana zasługuje na baczną uwagę. W bezwarunkową skuteczność rtęci w kile układu nerwowego nikt dziś zapewne nie wierzy a pojawianie się nowych zboczeń czynnościowych ze strony ośrodków nerwowych podczas leczenia i to nieraz energicznego rtęcią dowodzi rzeczywiście, iż lek ten w obec kiły nie jest wszechmocnym, z czém zgadza się zresztą okoliczność, iż jak to praktykom dobrze wiadomo są przypadki kiły od samego początku leczone starannie, systematycznie i wytrwale według wszelkich prawideł nauki, które ostatecznie przecież kończą się niepomyślnie. Na zapytanie kol. Zarewicza oświadcza Prelegent, iż według jego postrzeżeń afazyja kiłowa trudną jest do usunienia dzieląc zresztą ten smutny przymiot z afazyją z innych zupełnie przyczyn, jak np. zatoru w odpowiedniéj tętnicy lub w mózgu, krwotoku do mózgu. Sam atoli Prelegent widział przypadki, w których chorzy prawie zupełnie odzyskiwali mowę, jak to tyczy się np. jednego chorego, który przez dwa tygodnie obok porażenia połowiczego w wysokim stopniu dotknięty był zupełną afazyją, a u którego mowa przecież powoli wracała i wróciła zostawiając po sobie tylko tak zwaną aleksyję tj. niemożność łączenia znaków mowy optycznych ze znakami akustycznemi. Zdaje się, idąc za Fournierem, że afazyja u kiłowych jeżeli ustępuje polega na właściwych zmianach kiłowych dostępnych dla terapii, w przeciwnym zaś razie jest skutkiem zmian prostych jako następowych po kile, które prawie całkiem pozostają nieuleczonemi.

Prof. Dr. Rosner odpowiada, że na pytanie kol. Zarewicza czy afazyja wskutek zmian kiłowych w mózgu ustępuje lub nie, na razie odpowiedzi dać nie może, musiałby się bowiem rozpatrzyć w notatkach. Co się zaś tyczy porażenia połowiczego u syfilitycznego, który nie miał używać przed porażeniem rtęci, to odpowiedzieć musi, że w literaturze są wiarogodne podania o chorych z późniejszą kiłą, którzy twierdzili, że nigdy rtęci nie używali, a u których badanie chemiczne moczu (w pracowni prof. Ludwiga) rtęć w organizmie wykazało, nie można więc bezwzględnie wierzyć chorym, że nigdy rtęci nie używali.

Kol. Zarewicz zwraca uwagę na dziwnego rodzaju niemotę u chorych, którzy nie mogąc wymówić jakiegoś słowa posługiwali się obcemi językami. *Dr. Wasylewski.*

VII. Hippokrata:

O powietrzu, wodach i miejscach.

Z greckiego przełożył
prof. Dr. Józef Oettinger.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

4. Które zaś leżą tym przeciwnie ku wiatrom zimnym, pomiędzy letnim zachodem słońca a wschodem letnim a te wiatry są dla nich miejscowe, od południowego zaś i od powiewów ciepłych jest ochrona, to tak się ma z temi miastami. Owóż naprzód wody tam bywają po największéj części twarde i zimne. Ludzie téż być muszą tędzy i kościści a większa część miewa brzuchy od dołu zaparte i twarde, od góry zaś wolniejsze, bywają raczéj żółciowi niż wozgrzywi. Głowy miewają zdrowe i suche, a po największéj części narażeni bywają na wnętrzne rozdarcia. Choroby zaś te na-

gminnie im panują, zapalenia boków liczne i choroby poczytywane za ostre. Tak zaś być musi, jak skoro brzuchy są twarde, a wielu od lada przyczyny nabawia się ropienia płuc, powodem zaś tego jest napięcie ciała i twardość brzucha, usposabia bowiem do rozdarć wnętrznych suchość ciała i wody zimnota. Przyrody takie koniecznie wiele jadają, a nie wiele piją, niepodobna bowiem być zarazem wielojadem i wielopojem. Zapalenia oczu powstają czasami twarde i silne i rychło przepękają oczy, krwotoki z nosa młodszym lat trzydziestu wydarzają się silne w lecie, choroby zaś zwane święte, nie liczne wprawdzie lecz silne. Tacy ludzie oczywiście dłuższe od innych miewają życie, a wrzody nie bywają wozgrzywe ani się jątrzą, obyczaje surowe raczéj niż łagodne. Owóż mężczyznom te choroby są swojskie a prócz tego, jeżeli co powszechnego ogarnie ze zmiany pór; co do kobiet to naprzód suchych jest wiele, dla tego, że wody są twarde, niestrawne i zimne, czyszczenia miesięczne nie pojawiają się jak należy, lecz skąpe i wadliwe. Potém rodzą trudno, lecz nie często poroniają. Jak skoro zaś porodzą, nie zdolne są karmić dzieci, mleko bowiem wysycha od wód twardości i surowości; suchoty częste powstają od porodów, od natężenia bowiem nabawiają się pęknięć i rozdarć. Chłopiętom wydarzają się puchliny w mudach (ἐν τοῖσιν ὄρχεσιν, *in testiculis*) dopóki są małe, potém z postępem wieku nikną; dojrzewają zaś późno w takiém mieście. Owóż co do wiatrów ciepłych i zimnych i co do miast takich tak się ma rzecz, jak się poprzednio rzekło.

5. Które zaś leżą ku wiatrom pośrednim, pomiędzy letnim wschodem słońca a zimowym i które przeciwnie tymże, to tak się ma z niemi.

Które na wschód słońca leżą, to rozumie się, iż są zdrowsze od zwróconych na północ i od tych co leżą ku ciepłym wiatrom, choćby o stadium [1]) były od siebie. Naprzód umiarkowańsze mają ciepło i zimno. Potém wody skierowane ku wschodowi słońca bywają koniecznie jasne, świeżéj woni i przyjemne, słońce bowiem wschodząc i świecąc rozprasza poranną mgłę, co je zwykle okrywa. Postacie zaś ludzi są bardziéj czerstwe i kwitnące, chyba że jakaś choroba stoi na przeszkodzie. Dźwięcznogłosi téż bywają ludzie i uczuciem i rozumem lepsi od mieszkańców ziem północnych, boć i reszta tamecznych płodów jest wyborniejsza. Miasto tak położone podobne jest najbardziéj do wiosny co do umiarkowanego ciepła i zimna, choroby zaś są mniéj liczne i lżejsze a podobne do cierpień wydarzających się po miastach zwróconych ku wiatrom ciepłym. Kobiety tamże poczynają prędko i rodzą łatwo. Owóż jak się z tém rzecz ma.

6. Które zaś ku zachodowi leżą a mają ochronę od wiatrów wiejących od wschodu, a ciepłe wiatry dopływają tudzież zimne od północy, to takie miasta mają koniecznie położenie najniezdrowsze; naprzód bowiem wody nie są jasne, przyczyną zaś, że mgła poranna po największéj części zalega, która zmięszawszy się z wodą jasność zamąca; słońce bowiem nie swieci, zanim wysoko się nie wzniesie. W lecie zaś, zrana wprawdzie zimne dmą wietrzyki i rosa pada, lecz zresztą słońce doskwierając wskroś ludzi praży, dla tego oczywiście brudnobarwni są i bezsilni a we wszystkich wyżéj wzmiankowanych chorobach udział biorą, żadna się od nich nie wyłącza. Grubogłosi podobnież są i ochrypiali z powodu mgły, która tam po największéj części powstaje nieoczyszczona i niezdrowa, ani bowiem nie rozdzielają jéj bardzo wiatry północne, gdyż nie dochodzą, a wiatry co dochodzą i sąsiadują są jak najwilgotniejsze, jak skoro niemi są wiatry od zachodu. Najpodobniejsze jest do jesieni położenie takie miasta co do zmian dziennych, iż wielka bywa różnica w środku między porankiem a wieczorem. Co do wiatrów więc, które są dogodne, a które niedogodne, tak się rzecz ma.

7. Chcę następnie wyłuszczyć o wodach, które są szkodliwe a które najzdrowsze i jakie złe i jakie dobre skutki z wody powstają, największą bowiem częścią przyczynia się do zdrowia. Jakoż te, co są bagniste i stojące i błotne, w lecie koniecznie są ciepłe i gęste i cuchnące zwłaszcza, że nie mają odpływu, lecz zasilane ustawicznie nową wodą deszczową, gdy słońce pali stają się koniecznie brudne i zepsute i żółciowate, w zimie zaś zmarzłe i zimne i zamącone śniegiem i lodem, tak że w najwyższym stopniu sprowadzają wozgrzę (flegmę) i chrypkę, a pijący je miewają śledziony wielkie i nabrzękłe a brzuchy twarde, cienkie i ciepłe a barki, obojczyki i twarz cieńczeją, mięsa bowiem w śledzionę wsiąkają i dlatego są chudzi. Bywają tacy na jadło łakomi i spragnieni a miewają brzuchy od góry i od dołu jak najwięcéj zapieczone tak, że najdzielniejszych wymagają leków. A ta dolegliwość wrodzona im jest latem i zimą. Oprócz tego powstają bardzo liczne i nader śmiertelne puchliny, w lecie bowiem czerwonki mnogie napadają i biegunki i czwartaczki długotrwałe, te zaś cierpienia przedłużone nabawiają takie przyrody puchlin i zabijają. To się im wydarza w lecie, w zimie zaś młodszym zapalenia płuc i choroby z szałem, starszym zaś piekączki z powodu zatwardzenia brzucha. Niewiastom zaś wydarzają się opuchnienia i wozgrza biała [1]) i zaledwie w ciążę zastępują, i rodzą ciężko, płody zaś są wielkie i napuchłe, potém śród karmienia usychają i nędznieją, a czyszczenie kobietom nie przychodzi należyte po porodzie. Dzieciom przytrafiają się często przepukliny a mężczyznom żylaki i wrzody na goleniach tak dalece, iż nie podobna, aby takie przyrody wiek długi miały, lecz starzeją przed czasem zwykłym. Oprócz tego kobiety zdają się być w ciąży, a gdy poród ma nastąpić, znika pełność brzucha, wydarza się to, gdy opuchnie macica. Wody takie, mniemam, szkodliwe do każdego użytku, drugie po nich są źródła ze skał, gdyż koniecznie są twarde, albo z ziemi, gdzie wody są ciepłe albo się rodzi żelazo, lub miedź, lub srebro, lub złoto, lub siarka, lub hałun, lub żywica ziemna lub saletra, wszystko to bowiem siłą ciepła się rodzi, to też niepodobna, aby z takiéj ziemi dobre wody powstawały, lecz twarde i palące, trudno moczem odchodzą a przeciwne są przeczyszczeniu. Najlepsze zaś są te, które z wysokich okolic płyną i wzgórz ziemistych, takie bowiem są słodkie i jasne i zdolne znieść mało wina, w zimie ciepłe bywają, a w lecie zimne, jak to snać bywa ze źródeł najgłębszych. Najgodniejsze zaś pochwały są te, których strumienie wytryskują ku wschodowi słońca a najbardziéj ku letniemu, gdyż koniecznie są jaśniejsze i świeższéj woni i lekkie. Które zaś są słone i surowe i twarde, te wszystkie nie są dobre do picia. Są wprawdzie niektóre przyrody i słabości, którym przyda się pić te wody, o nich zaraz opowiem. Ma się i z niemi tak: których źródła leżą ku wschodowi, są same z siebie najlepsze, drugie zaś owe pomiędzy wschodem letnim słońca a zachodem, a zwła-

[1]) Στάδιον v. στάδιος, stadium = 125 kroków, czyli 625 stóp, 45 stadyjów = 1 mila jeograf.

[1]) Φλέγμα λευκὸν, według Foëzyusza jest to rodzaj puchliny zwanéj *Leucophlegmatia*, Littré tłumaczy: „*Les femmes sont sujettes aux oedèmes et à la leucophlegmasie.*

szcza te, co bliżéj wschodu, trzecie te pomiędzy zachodem letnim a zimowym, najgorsze zaś owe, co od południa i te pomiędzy wschodem a zachodem zimowym a mianowicie wystawione na wiatry południowe są bardzo szkodliwe, na północne zaś są lepsze. Wypada ich zaś tak używać: Kto jest zdrów i silny nie ma wybierać, ale niech pije, co się nadarzy. Kto zaś dla zdrowia chce pić, co najstósowniejsze, tak postępując najprędzéj dojdzie do zdrowia; których brzuchy są zatwardziałe i skłonne do zapieczenia tym najlepiéj posłużą najsłodsze, najlżejsze i najjaśniejsze; których zas wnętrzności są miękkie, wilgotne i wozgrzywe, tym najtwardsze, najsurowsze i slonawe, tak bowiem najbardziéj się wysuszą. Wody najlepsze do gotowania i najlepiéj roztwarzające rozwalniają też, rozumie się, najskuteczniéj brzuch i rozrzedzają, które zaś są surowe i twarde i najmniéj dobre do gotowania, te raczéj zapierają żywot i wysuszają. Jednakże mylą się ludzie co do wód słonych z nieświadomości, że je poczytują za wypróżniające, gdyż są najprzeciwniejsze wypróżnianiu, surowe są bowiem i niezdatne do gotowania, tak że brzuch się od nich ściąga raczéj niż rozwalnia. I z wodami źródlanemi tak się rzecz ma.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

List otwarty do Redakcyi Przeglądu lekarskiego w sprawie Słownika.

IV.

Druga „Odpowiedź“ prof. Janikowskiego sprawiła mnie i oczywiście Tobie także, szanowny Redaktorze, pomimowolnie przezemnie do sprawy wciągniętemu, prawdziwą przyjemność, która tém jest ważniejszą, że wedle mego i warszawskich kolegów przekonania łączy się z korzyścią dla słownika lekarskiego. Z odpowiedzi téj przekonywamy się więc, że w nowo opracowywanéj terminologii zwyciężyła zasada zachowawcza, że zatém pozbędziemy się owych rogatych wyrazów, które bodły ucho i uczucie dbałych o czystość języka narodowego. Gdyby rezultatem wzajemnych korespondencyj naszych było jedynie rzeczone oświadczenie Waszego komitetu terminologicznego, jużby, sądzę, opłacił się papier w Gazecie Waszéj na te listy zmarnowany i trud na pisanie ich podjęty; tymczasem mam niepłonną nadzieję, że owo listowanie (jak chcą niektórzy puryści) wygładzi jeszcze inne chropowatości, spotykane na drodze z Warszawy do Krakowa wiodącéj, co większą jeszcze sprowadzi korzyść dla mieszkańców obu miast.

Cieszymy się serdecznie z przyrzeczenia przesłania Towarzystwu naszemu i sekcyjom w Poznaniu i Lwowie spisu wyrazów wątpliwych,--czekamy na to niecierpliwie. Pomimo przyznania słuszności moim poglądom co do zasad układania słownika, broni jednak prof. Janikowski kilku wyrazów, niby utartych, które, prawdę rzekłszy, wcale na to nie zasługują ani pod względem lingwistycznym, ani patologicznym, a do takich zaliczamy: śledziennica, macinnica, kiła, czerwonka, oprócz innych, o których pomówimy przy sposobności. Za nim do tego przystąpię, zniewolony jestem co do uczynionego mi przez kol. J. zarzutu nieznajomości słownika prof. Majera i Skobla z r. 1842, usprawiedliwić się przed czytelnikami, że słownik ten wielce mi pożyteczny znam od lat 33, (data przyłączenia Galicyi i Lodomeryi do wolnéj i niepodległéj rzeczypospolitéj krakowskiéj, albo drugiéj do pierwszéj, *ad libitum*), co z resztą czarno na białém zamieszczono w IIim liście moim (*Przegl. Lek.* Nr. 13, p. 182); proste to zatém przepomnienie kol. J., o którém wspominam mimochodem.

Owóż co się tyczy śledziennicy, to wyrazu tego nie znajduję nigdzie w dziełach, które mam pod ręką (nie mam zapewne wszystkich polskich dzieł lekarskich) i kol. J. nie przytacza też żadnego autora, jest atoli w Słowniku Lindego wyraz śledziennik, ale tak: przy wyrazie śledzionka, *Milzkraut, asplenium* (śledzionnik, śledziennik) śledzienista (Pam. Warsz. 3. 320 Czart.) cierpiący bol śledziony, co przecież nie może znaczyć hipochondryka, ile że gwiazdka położona przy wyrazie ostrzega, „że słowo to wcale nie, lub przynajmniéj w przytoczonym kształcie abo znaczeniu, dziś nie jest używane“. W słowniku zaś Majera i Skobla z r. 1842, powiedziano: *„milzsüchtig* (*spleneticus*), chorujący na zatkanie śledziony, (*hipochondriacus*), śledziennik“. Na takiém więc określeniu opierać wyraz lekarski, dziś trudno, raczéj niepodobna i nie widzę jaką krzywdę wyrządzilibyśmy słownictwu, gdybyśmy wyraz taki po prostu pominęli, jako nieodpowiedni pojęciu rzeczy.

O macinnicy jest w Syrenijuszu (na którego powołuje się kol. J.), taka wzmianka: „macinnik, abo macica zbytnio zawarta“—do czego dodaje Linde: *das Zusammenziehen der Bärmutter, Mutterkrampf.* Nie godzi się wreszcie szukać u Syrenijusza wyrazów na histeryję i hipochondryję, kiedy choroby te w dzisiejszém, właściwém znaczeniu, opisał pierwszy Sydenham w r. 1680, a Syrenijusz umarł roku 1611.

Tu nasuwa nam się uwaga w formie zasady, która przy opracowaniu słownika dosyć częste powinnaby mieć zastósowanie, a mianowicie: jeżeli choroba ściślejszego nie dopuszcza orzeczenia anatomo-patologicznego, a termin dotychczas używany, sam przez się, także niczego ściśle nie określa, jak np. hipochondryja (boć przecież słowa: *hypo, Chondros*=miejsce „słabizną“ zwane, nie mają nic wspólnego z chorobą hipochondryi), wypada zatrzymać wyraz dawny dla tego właśnie znaczenia nieokreślonego, *capiat qui vult.* Tak np. wiadomo, że nazwa „fizyjologii“ nie odpowiada dzisiejszéj nauce tego imienia i używaną była słusznie dawniéj w znaczeniu „fizyki“, mimoto zostawiamy ją i zmieniać to nikomu na myśl nie przyjdzie. Podobnie ma się rzecz, naszém zdaniem, z wyrazami: histeryja, koklusz, lunatyzm.

Jeżeli każdy bezstronny uznać musi słuszność dopiero co wypowiedzianéj zasady co do starych terminów nieokreślonych, nie wolno nam przecież tworzyć nowych terminów tak samo nieokreślonych lub źle określonych, albo wydobywać stare, nieudatne a wręcz z nauką sprzeczne, jakim jest wyraz czerwonka.

Prof. J. na usprawiedliwienie owéj niefortunnéj czerwonki przytacza trzech autorów 15 wieku: Spiczyńskiego, Siennika, Syrenijusza. Byłoby to zapewne nie lada powagą, gdyby nie ta drobna okoliczność, że zielnik Spiczyńskiego z r. 1556 jest prostém powtórzeniem dzieła Falimierza z r. 1534, a herbarz Siennika z r. 1568 jest przedrukiem (z dodatkami) zielnika Spiczyńskiego, jak się przekonywamy z ustępów w dziełach: Bentkowskiego, Chłędowskiego, Lelewela i Ossolińskiego; co więcéj Bentkowski nawet powątpiewa, czy Spiczyński był istotnie lekarzem? (Gąsiorowski t. I, 232). Cała przeto powaga Spiczyńskiego i Siennika redukuje się do czcigodnego Falimierza, który słabe mógł

tylko mieć wyobrażenie o dysenteryi, którą w formie nagminnéj opisał pierwszy Wittich r. 1606; wspomnieć także należy, że czerwonką nazywa Siennik także moczenie krwawe (pławy mękzie).

Przy obronie wyrazu „czerwonka" opierał się przynajmniéj prof. J. na dawniejszych pisarzach; nie mogąc zaś tego uczynić na korzyść wyrazu „wiewiór", powołuje się jedynie na świadectwo „ludu". Dowód ten jednak, szanowny kolego, tak słaby i bezsilny, że w żaden sposób, najmniéj wybrednemu, nie może być zasadą do zatrzymania wyrazu w słowniku naukowym. Mogą inni leksykografowie obok wyrazów właściwych klasy oświeconéj pomieszczać także i ludowe, ale dla słownika naukowego, zwłaszcza lekarskiego, użycie ludowe nie daje prawa przenoszenia wyrazu do literatury w znaczeniu terminologiczném. Wszak u ludu zachował się z książek wyniesiony wyraz „franca", dla czegóż nie korzystamy z tego i tak mozolnie wyszukujemy innego? bo franca jest słowem zanadto ludowém; wszak ten sam lud ma na oznaczenia prącia wyraz bardzo ustalony i dobitny, a przecież dla pospolitości nie używamy go w piśmie ni w mowie. Przy układaniu słownika ludowego zajmą te wyrazy miejsce bardzo stósowne, chociaż w dotychczasowych słownikach ogólnych wiewióra także nigdzie nie znajduję, ale w słowniku naukowym pomieszczenie ich byłoby więcéj niż niewłaściwém. Nawiasem wspomnę co do wyrazu „prącie", że w Dykcyonarzu Medyki, Chirurgii etc. (na który powołuje się prof. J.) w artykule: *Phimosis*, płodzenie etc. używa się wszędzie „członek" a nigdy „prącie".

Stanowczo wreszcie wystąpić muszę przeciw wnioskowi prof. J. zatrzymania wyrazu „kiła" na oznaczenie choroby syfilitycznéj, a co więcéj powiem, że wyraz ten ze wszystkich proponowanych najmniéj jest stósownym, bo najmniéj usprawiedliwionym. Dziwném się poniekąd wydawać musi, że kol. J. w obronie „kiły" powołuje się na zasadę przezemnie wypowiedzianą, żeby wyszukiwać wyrazów, które niegdyś w tém samém lub „zbliżoném znaczeniu" używane były. Albo szan. kol. J. myśli mojéj nie pojął, albo też podstawia jéj drugie znaczenie umyślnie dla usprawiedliwienia swojego wniosku. „Zbliżone znaczenie" odnosi się w mojém pojęciu do użycia wyrazu w mowie potocznéj lub w innéj gałęzi naukowéj w znaczeniu analogiczném, który możemy zużytkować w medycynie, tak np. jak mówimy „zator, nabłonek brukowy, rzęskowy itp.", chociaż tu ani łożyska rzeki, ani bruku, ani rzęsów nie ma. Wszelako nie wolno nam posługiwać się wyrazem, który oznacza inną, lubo pozornie zbliżoną chorobę, ponieważ w takim razie narazilibyśmy słownictwo na błędy naukowe. Jeżeli kol. J. nie wystarcza podane przez nas poprzednio wyjaśnienie etymologiczne słowa kiła (z greckiego kele), które dowodzi jasno, że wyraz ten służył dla oznaczenia przepukliny, postaramy się o inne, jakoto:

Powoływanie się na Szymona z Łowicza w tym względzie jest co najmniéj niedostateczném z powodu, że lekarz ten, jak wszyscy lekarze polscy owego czasu, nie mógł mieć jasnego wyobrażenia o chorobie, która dla całéj Europy (a cóż dopiero dla Polski) była nowością, (pomijając błędne wyprowadzenie jéj początku amerykańskiego, hiszpańskiego itp.) skoro pierwszy Benedetti w r. 1513 pisze o „bubonach", *Jaques de* Bethencourt ur. 1527 „o chorobie weneryczněj", a Fracastori w r. 1530 pierwszy zowie ją „*Syphilis s. morbus gallicus*", a Szymon z Łowicza wspomina o niéj w swojém *Enchiridion medicinae pro tyrunculis etc.* r. 1537 bardzo niedokładnie. Historyczna ta wiadomość ważną jest z tego powodu dla słownika, że Szymon oczywiście a niewinnie mięsza pojęcia dymienicy (*eo ipso* francy) z przepukliną (kiłą) dawno już lekarzom znaną, zowiąc kiłowymi tych, co chodzą z przepukliną i tych, co noszą dymienice (*bubones*). Pomięszanie to pojęć jest tak naturalném, że ani się temu w owym czasie dziwić nie można. W tłumaczeniu tém utwierdza nas jeszcze ta okoliczność, że Szymon z Ł. pogmatwał nazwy polskie botaniczne w swojéj „*Nomenclatura et interpretatio polonica etc.*", jak świadczy Dr. Adamski: „*Multa in hoc Catalogo perverse interpretatus est Simon de Łowicz nomina botanica, cum synonimis eorum absurdis etc*". (Gąsiorowski 226, I). Co trzymać o zielnikach Spiczyńskiego, Siennika, Syreniusza, mówiliśmy poprzednio, a prof. J. osłabia jeszcze témbardziéj swoje źródła i dowodzenie, dodając „z ustępów odpowiednich wyraźnie pokazuje się, że wyraz ten (kiła) u ludu był używany"; dla téj właśnie przyczyny wyraz ów w znaczeniu „*syphilis*" nie ma wartości. Że słowo „kiła" w ustach późniejszych lekarzy polskich oznaczało zawsze i wyłącznie przepuklinę, świadczą dowody niezbite, ponieważ wszyscy słownikarze tak je tłumaczą: Cnapius, *Thesaurus* 1641, Linde, Mrongovius, ponieważ lekarze nowsi, jak: Perzyna, tłumacz Dykcyonarza medyki etc., (kiła kiszek, żołądka, macicy=usunięcie), Krupiński (Anatomia), Czerwiakowski, Narz. powsz. opatr. Cz. III. (paski kiłowe, kiłniki) Cz. V. (uwięzione kiły), Kl. Nowicki (Odejmowanie członków 1831), jednozgodnie używają go li tylko w tém znaczeniu. Powiedzenie zatém Syreniusza „krosty złe na wstydliwych członkach obojéj płci kiłą zowią" nie może być dla nas powagą słownikową. Że nareszcie słowo to utrzymuje się dotąd u ludności w Galicyi, Królestwie, na Litwie, w tém samém znaczeniu przepukliny, zrozumieć łatwo, gdyż takie znaczenie ma kiła: u Słoweńców, Bośniaków, Raguzan, Kroatów, Dalmatyńców, Karyntyjczyków, Rossyjan, (Linde: kiławy). Do objaśnień więc: etymologicznych, chirurgiczno-patologicznych, historycznych, leksykograficznych i etnologicznych dodamy tylko: *sapienti sat.* Wyszukanie wyrazu swojskiego na oznaczenie chor. syfilitycznych, wenerycznych, jest, jak widzimy, arcytrudném, dla tego (jakkolwiek to wygląda na przysłowie „każda liszka swój ogon chwali) zdawałoby mi się, czy nie najstósowniejszém byłoby słowo „przymiotnica", które zachowuje charakter historyczny, pojęcie zaraźliwości, cechę językową i zasadę naszego słownictwa z łatwością tworzenia zeń słów pochodnych.

Wspomnieć tu jeszcze muszę o jednéj nieprawidłowości gramatycznéj, która się cichaczem wkradła do pism krakowskich, mianowicie do Dwutygodnika, a nie jest ojczystą tylko jawnie pobratymczą; myślę tu o wyrażeniu: z durzycy umarł (śmierć, śmiertelność itp.) Że w Warszawie co chwila spotykasz się z wyrażeniem: naznaczony profesorem, posiedzenie odkryto, śledzi za postępem, u mnie ból ręki, umrzeć z cholery, to prawie nie dziwota, gdyż nic łatwiéj nie przyjmuje się, jak zwrot mowy pokrewnéj, którą się ciągle posługiwać musimy; ale zkąd wziął się ten barbaryzm w Krakowie?! W polskim języku mówi się wprawdzie metaforycznie: umarł z rozpaczy, z nędzy, nawet z ręki mordercy, z zaduszenia, tak samo, jak: śmiercią sprawiedliwego, w Panu; wszakże gdzie przyczyną śmierci jest choroba, tam mówiło się dotąd: choruje na gorączkę, na ospę, i umarł na gorączkę, na ospę itp., nigdy jednak z gorączki, zatém nie może być śmiertelność z chorób durzycowych. Tak też, o ile mnie wiadomo, pisano przed 25 laty w Krakowie, a nawet poprzednicy teraźniejszych profesorów Wydziału, jak,

Brodowicz, Bierkowski, Kwaśniewski, Hechel, którym znajomości języka odmówić nie można, w sprawozdaniach swych tak się wyrażali. (p. Roczniki Tow. nauk. Krak.). Tak samo pisali profesorowie Wileńscy, jak Śniadecki (Pamiętnik Tow. Wileńskiego), którego styl powinien być wzorem dla wszystkich piszących. W przekonaniu, że nie poczytasz tego, szanowny Redaktorze, za nowy rodzaj pytaczki (zkąd ten piękny wyraz, czy nie od pytki?), z prośbą o przebaczenie za moje gadulstwo i za zwłokę w odpowiedzi szanownemu prof. Janikowskiemu przesyłam serdeczne pozdrowienie. *Prof. Dr. Łuczkiewicz.*

P. S. Ponieważ Tow. Lek. Warszawskie poleciło mi (na ostatniém posiedzeniu) wybór członków do komitetu dla rozpatrzenia dawniejszego słownika, mam nadzieję, że otrzymacie na czas żądane uzupełnienie.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 19 ospa nie wiele się zmieniła w Londynie. Wprawdzie umarło znacznie mniéj, bo 10, lecz w szpitalach leczyło się 120 a świeżo zapadło 43. W Wiedniu umarło 13, w Paryżu 48, w Pradze 20, w Budapeszcie 9, w Bukareszcie 14, w Petersburgu 5, w Aleksandryi 6. Płonica szerzy się w Londynie a zmniejsza krztusiec. Dur brzuszny łagodnieje, bo umarło zeń w Paryżu 34, w Petersburgu 42. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 42, z duru osutkowego 53. W tygodniu 20 umarło w Krakowie: 1 z ospy, 1 z krztuśca, 1 z kiły, a doniesiono: o 2 przypadkach duru brzusznego (z Podgórza i ze Zwierzyńca) 1 duru osutkowego (z ul. Wielickiéj l. 21) i 1 ospicy.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 19 umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 31,6; we Lwowie 41,4; w Warszawie 26,0; w Poznaniu 26,1; w Wiedniu 33,9; w Budapeszcie 40,6; w Pradze 50,2; w Tryjeście 39,3; w Berlinie 26,2; w Wrocławiu 28,4; w Mnichowie 40,0; w Dreźnie 26,0; w Lipsku 26,5; w Bazylei 31,6; w Brukseli 26,4; w Paryżu 28,4; w Londynie 20,2; w Kopenhadze 22,1; w Stokholmie 27,8; w Chrystyjanii 14,7; w Petersburgu 54,8; w Odesie 32,8; w Rzymie 32,2; w Wenecyi 23,3; w Bukareszcie 34,6; w Barcelonie 25,5; w Aleksandryi 32,4; w Nowym Jorku 26,6; w Bombayu 36,4; w Madrasie 33,4. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 maja. Tow. lekarskie warszawskie przesłało temi dniami Towarzystwu lek. naszemu uwagi swoje nad słowniczkiem wyrazów psychijatrycznych; uwagi te zapewne znajdą należyte uwzględnienie.

* W dz. p. p. Nr. 35—39 włącznie, wydanych d. 14go kwietnia rb., mieszczą się ustawy z d. 29 lutego 1880, tyczące się zapobiegania i niszczenia zaraźliwych chorób stadnych w ogólności, a w szczególności księgosuszu.

* W Cieplicach czeskich do d. 22 bm. bawiło gości 996.

+ **Karlsbad** 22 maja. Podług spisu kąpielowego wydanego dzisiaj przybyło z dniem 19/5 drużyn 3733, osób 4945, a w porównaniu z tym samym czasem roku zeszłego o 600 drużyn a 1000 osób więcéj. Pora jest nieprzyjemna, zimno dokuczliwe; dnia 20/5 chwilowo około 7méj rano padał śnieg; a dnia następnego było 2 stopni mrozu, w skutek czego młode latorości drzew szpilkowych poczerniały, i lasy zdobiące tutejsze góry uroczą swoją zieloność straciły. Dnia dzisiejszego o ósméj rano ciepłomierz wykazuje 7 stopni ciepłoty.

* **Lwów.** Przed kilku dniami otwarty i poświęcony został szpitalik św. Zofii, wzniesiony w przeciągu dwóch lat ofiarnością książąt Sapiehów i publiczności lwowskiéj. Koszta utrzymania szpitalika obejmie kraj, a w części i gmina m. Lwowa.

* **Budapeszt.** Już kilkakrotnie mieliśmy sposobność wspomnienia o przesadném specyjalizowaniu nauk lekarskich w wydziale lekarskim węgierskim. Rozdrabnianie to staje się już śmieszném. Nie dawno habilitował się młody lekarz jako docent chorób miednicy, a temi dniami przybył znów docent „dla pierwszych czynności chirurgicznych!“

* **Mianowania i odznaczenia** Docent prywatny w Budapeszcie, Dr. Zygmunt Purjesz młodszy mianowany został zwyczajnym profesorem szczegółowéj patologii i terapii w Klausenburgu. — Prof. Margo, rektor Uniw. w Budapeszcie otrzymał krzyż kawalerski orderu Leopolda.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 21: Wolberga: Rana drążąca stawu kolanowego; Wisłockiego: O leczeniu cierpień reumatycznych w Ciechocinku (dok.). — W *Medycynie* Nr. 21: Klinka: Zapiski terapeutyczne. I. O działaniu kwasu chryzofanowego w łuszczycy; Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorób piersiowych w Mieni (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. WEISSENBERG (w Königsdorff-Jastrzemb): Uiber den Nutzen der Massage in Soolbädern. (Osobne odbicie z Berl. klin. Woch. 1880 Nr. 19), in 8vo str. 11.

Piśmiennictwo lekarskie. EMMERT, E., Auge und Schädel. Ophthalmo. Untersuchungen M. 4 Tfln. gr. 8 Berlin Hirschwald. M. 8.

FIEBER F., Die Erhaltung u. Wiederherstellung d. Stimme. gr. 8. Wien Braumüller. M. 1.

FROGER, Du traitement de l'éclampsie puerpér. par l'hydrate de chloral. 8 Paris, Delahaye. Fr. 2½.

FUNKE'S, O., Lehrbuch der Physiologie. 6. Aufl. Bearb. v. A. Gruenhagen, 2. Bd. 2. Abth. M. Holzschn. gr. 8 Leipzig, Voss. M. 11.

GERDTS, A. E, Das Stottern u. das Athmen gr. 8. Bingen, (Aschaffenburg. Weylandt) cart. M. 1. 50.

GRASSET, J., Des localisations dans les maladies cérébrales. Av, 6. pl. et 8. fig. dans le texte. 8 (Montpellier) Paris, Delahaye. Fr. 9.

GUBLER A., Cours de thérapeutique. 8. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 9.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 2go czerwca o godzinie 5tej w Sali wykładowéj kliniki lekarskiéj zwyczajne posiedzenie, na którém kol. prof. Korczyński przedstawi kilku chorych, obecnie na jego klinice znajdujących się, a jeśli czas pozwoli kol. Dr. Glück odczyta część pierwszą swéj pracy pod tytułem: „Przyczynek do dziejów kiły dziedzicznéj,“ wreszcie kol. Dr. Kohn poda wiadomość o najnowszym sposobie rozszerzania macicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 5 czerwca 1880. **№ 23.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra Madurowicza w Krakowie. MARS. Przebieg endemii gorączki połogowéj w grudniu 1879 r. (C. d.) — II. ZAREWICZ. Kilka słów o działaniu Silphium Cyrenaicum w dymienicach ostrych. — III. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1870 r. do 1 stycznia 1880 r. RYDYGIER. IV. Pięć wypiłowań stawowych wyleczenie wszystkich. (Dok.) — IV. *Oceny i sprawozdania*: Patologija celularna i choroby infekcyjne. Sprawozdanie Dra Piska. (C. d.). DUMONT-PALLIER. SYDNEY RINGER. FUCHS. *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Posiedzenia towarzystw:* Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. — VI. *Odcinek:* OETTINGER. Hippokrata: O powietrzu, wodach i miejscach. (C. d.). — VII. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VIII. *Wiadomości bieżące.*

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra Madurowicza w Krakowie.

Przebieg endemii gorączki połogowéj w grudniu 1879 roku.

Opisał Dr. A. Mars
asystent kliniczny.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22.)

Sekcyja wykonaną została przez prof. Dra Browicza d. 26 grudnia. Wyniki jéj ważniejsze w skróceniu podajemy:

Skóra prócz owrzodzenia w okolicy kości krzyżowéj i plam czerwonosinych na udach, gdzie były robione wstrzykiwania podskórne, nie okazuje innych zboczeń. W mózgu nieliczne punkta ciemnoczerwone w istocie rdzeniowéj. Płuca oba przyrośnięte do klatki piersiowéj licznemi dawniejszemi pasmami włóknistemi, pod opłucną płuc liczne drobne wynaczynionki, na rozkroju oba płuca przy brzegach nadmiernie powietrzem rozdęte, blade, w częściach tylnych sine, zalewają się obficie pienistą, krwawą, w części zielonawą cieczą. Z oskrzeli wydobywa się obficie ciecz zielonawa miejscami żółtawa, lepka, błona śluzowa oskrzeli nieco rozpulchniona, przekrwiona. W płucu prawém tuż pod powierzchnią w miąższu znachodzi się ognisko 2—3 cm. średnicy, barwy brunatnawéj, okazujące w samym środku drobną jamkę wypełnioną zielono-żółtą ropą. Na osierdziu liczne plamy ścięgniste, serce w wymiarze poprzecznym rozszerzone, mięsień bledszy, znacznie kruchszy. W jamie otrzewnéj znaczniejsza ilość płynu gęstego, zielonawo żółtego, w którym pływają liczne strzępki wypociny świeżéj włóknikowéj. Jelita w licznych miejscach takąż wypociną pokryte lub pozlepiane. Po zdjęciu wypociny otrzewna żywo drzewkowato nastrzykana, miejscami liczne wynaczynionki okazująca. Otrzewna w okolicy linij bezimiennych po obu stronach znacznie zgrubiała, jak niemniéj tkanka łączna podotrzewnowa, moczowody ugniatająca. Liczne pasma łącznotkankowe, dość silne i grube, przebiegają po bokach więzadeł szerokich macicy i zmieniają kierunek trąbek; w jamie Douglasa znaczna ilość ropy. Wątroba powiększona blado-żółta, wiotka, kruchsza. Śledziona prawie w trójnasób powiększona, o torebce zgrubiałéj, do organów sąsiednich licznemi silnemi zrostami przyczepiona. W miąższu ciemnoczerwonym, miękkim, soczystym, pod powierzchnią kilka infarktów świeżych, jeden zaś największy zgorzelinowo rozpadający się. Nerki miernie powiększone, torebka łatwo schodzi z gładkiéj blado-żółtéj powierzchni. Na rozkroju istota korowa nieco szersza, dość wyraźnie od piramid odgraniczona, prawie jednostajnie blado-żółto zabarwiona, okazuje nieliczne ciemno-czerwone pręgi i kropki. Spójność znacznie zmniejszona, miedniczki nerkowe okazują dość liczne, drobne, ciemno-czerwone wynaczynionki. Przewód pokarmowy prawidłowy. Gruczoły limfatyczne miernie powiększone blade. Żyła biodrowa prawa wspólna jakoteż górne ⅔ biodrowéj wewnętrznéj otoczone znacznie rozrosłą twardą tkanką łączną zaotrzewnową i zgrubiałą otrzewną, są miernie rozszerzone. Za nacięciem widać ściany żył znacznie zgrubiałe twardsze a wnętrze wypełnione czopem barwy zielono-żółtawéj, miejscami w kształcie miazgi rozmiękczającym się, który gdzieniegdzie silnie do ścian żyły przylega. W części środkowéj istota zatykająca światło naczynia jest więcéj zbitą, brunatnawą; przez światło naczynia ledwie cienki bardzo zgłębnik przeprowadzić można. Żyły nasieniowe prawe w całości a w części dolnéj i lewe prawie zupełnie zaczopowane, ściany znacznie zgrubiałe; zaczopowanie dosięga drobnych żył koło jajników. Pęcherz prawidłowy, moczowody miernie rozszerzone, trąbki poskręcane, nieco surowiczo obrzękłe, w całości zawinięte ku tylnéj ścianie więzadeł szerokich i w tém położeniu przez zrosty utrzymane. Podobnież jajniki znacznie surowiczo obrzękłe. Tkanka podotrzewnowa koło lewego brzegu macicy jakoteż i więzu szerokiego lewego ropą zielono-żółtą naciekła. Za nacięciem wydobywa się znaczna ilość zielonawéj ropy z jamy o ścianach nierównych strzępiastych, w części przez nadżartą ścianę macicy (brzeg macicy lewy) utworzonéj, a pod zgrubiałą otrzewną położonéj. Macica wielkości pięści, wiotka, przeciągnięta nielicznemi zrostami i zgrubiałą otrzewną na stro-

nę lewą. Jama saméjże macicy wypełniona cuchnącą, brudną, szarą miazgą. Za nacięciem szyjki wydobywa się tu i owdzie nieco zielonawéj ropy ze samego mięśnia macicznego, tak samo z miejsca przyczepienia łożyska. Tylna ściana pochwy w dolnéj połowie znacznie zgrubiała ku przodowi i na dół wypadnięta, za nacięciem okazuje znaczny obrzęk surowiczy.

Rozpoznanie zatém anatomiczno-patologiczne brzmi: *Endometritis putrida; peri- ac parametritis bilateralis sbsqu. thrombosi venae spermaticae sinistrae partis dextrae et iliacae dextrae. Peritonitis universalis fibrino-purulenta recens. Infarctus pulmonis dextri haemorrhagicus cum bronchitide putrida bilaterali. Ecchymoses subpleurales. Oedema acutum pulmonis utriusque. Degeneratio adiposa cordis, renum ac hepatis. Pyelitis recens.*

Przypadek 2gi. K. K., 25 lat, stanu wolnego, służąca, rodem ze Strzyżowa, przybyła do kliniki jako rodząca dnia 29 listopada 1879 r. o godzinie 11téj rano. Raz rodziła w klinice przed dwoma laty. Ciąża prawidłowa, poród zakończony sztucznie za pomocą kleszczy Simpsona, na główce ścianami pochwy otoczonéj, z powodu zbyt długo trwającego drugiego okresu porodowego i ztąd grożącego niebezpieczeństwa dziecku. Pomiary miednicy zanotowane w protokóle wynosiły podówczas: *conjugata externa* 17 cm., *diameter spinalis* 25 cm., *diameter cristalis* 27 cm. W połogu leżała 4 tygodnie z powodu chorób: *pyelitis ac endometritis.* Podczas obecnéj ciąży nie miała żadnych dolegliwości, czuła się zdrową, bóle porodowe trwają od 5 godzin.

Badanie w chwili przyjęcia uskutecznione wykazało: Osoba wzrostu miernego, miernie odżywiona. Brzuch wzdęty przez macicę rozmiarów odpowiadających końcowi ciąży. Położenie płodu czaszkowe I, główka jednym odcinkiem we wchodzie, ujście pochwowe i pochwa szerokie. Szyja balonowato rozdęta przez błony sterczące do pochwy, z ujścia na 3 cale rozwartego. Pomiary miednicy zgodne z pomiarami wyż nadmienionemi.

Rozpoznano: *Partus in primo stadio; multipara; pelvis angusta.*

O godzinie 12téj pękł pęcherz płodowy, po czém główka wstąpiła małym odcinkiem do wchodu. O godzinie 3éj po południu szyja wyciągnięta wysoko, ujście zewnętrzne macicy przeciągnięte po za największą objętość główki, główka największą objętością we wchodzie ustalona, przedgłowie znaczne, tętno płodu nieregularne. Założono kleszcze Simpsona. Po kilkunastu silnych pociąganiach urodziła chłopca nieżywego, donoszonego, 3950 grm. ważącego.

W przypadku niniejszym nie przystąpiono do wymóżdżenia, ponieważ tętno płodu przed operacyją było słyszalne a nadto po każdém pociąganiu można było zauważyć acz nieznaczny postęp w porodzie.

Łożysko wygnieciono metodą niesłusznie Crédego zwaną, ponieważ dawniéj już w wiedeńskim zakładzie położniczym używaną była, a to w kilka minut po porodzie. Macica po porodzie źle się kurczy i mimo podanego *extractum secalis cornuti* wolnieje. Znaczniejsze nieco krwawienie poporodowe, po założeniu kawałków lodu, obmytych w 2% kwasie karbolowym i po nacieraniu macicy ustaje.

Po przestrzyknięciu części rodnych kwasem karbolowym 2% przeniesiono chorą do sali położnic zdrowych, obłożono sutki watą i założono na nie opaskę uciskową.

30/11. Ciepłota lekko podniesiona, macica dobrze skurczona. Mocz odprowadzano co 4 godziny cewnikiem. Podano chinin, kwasek. 1—2/12 We wchodzie do pochwy kilka owrzodzeń czystych powstałych skutkiem pęknięcia błony śluzowéj podczas przerzynania się główki. 3/12. Wargi nie obrzękłe, odchody brunatne. Mocz oddaje położnica sama dobrowolnie. Obok chininu i kwasku zalecono choréj okłady wysychające na brzuch, obmywanie części rodnych zewnętrznych 2% roczczynem kwasu karbolowego. 3/12. Na sąsiednie łóżko położono rano wczas chorą, któréj historyję choroby powyżéj opisano, poczém w kilka godzin wystąpiła u niéj silna gorączka, tętno przyspieszone. Wrzody pokryły się wypociną szarą. Wargi sromowe poczęły obrzękać.

Rozpoznano: *Infectio; febris puerperalis.* Zalecono chinin, wstrzykiwania do pochwy 2% kwasem karbolowym. Okłady wysychające na brzuch daléj, nadto przeniesiono chorą do sali położnic chorych.

4—5/12. Gorączka utrzymuje się wysoka, tętno szybkie, skóra sucha, język obłożony. Brzuch wzdęty acz nie bolesny, macica źle zwinięta, duża. Zalecono: chinin, wstrzykiwania do pochwy odwaru kory chinowéj królewskiéj, między wargi watę w tymże odwarze zamoczoną. Collodion na brzuch. 7/12. Stan ogólny choréj się polepszył. Ciepłota niższa, tętno wolne. Wrzody poczynają się czyścić, na dnie tychże żywa ziarnina. Wstrzykiwania do pochwy i wata do pochwy jak pierwéj. Następnych dni ma się chora z każdym dniem lepiéj. 16/12. Zalecono kąpiele nasiadowe codziennie. 22/12. Chora ma się zupełnie dobrze, w stanie zdrowia opuszcza klinikę.

Przypadek 3ci. J. K., 18 lat, stanu wolnego, służąca, rodem z Krakowa, nigdy nie rodzila, ani nie roniła, miesiączkowała zawsze prawidłowo. Zawsze była zdrową. Obecna ciąża przebiega prawidłowo. Pierwsze bóle porodowe wystąpiły w dniu przybycia na klinikę o godzinie 1éj rano, do kliniki przybyła dnia 30 listopada o godzinie $11\frac{1}{2}$ rano.

Badanie wykazało: Osoba mała, dobrze odżywiona. Brzuch wzdęty, przez macicę ciężarną, rozmiarów odpowiadających końcowi ciąży. Położenie płodu czaskowe I, ustalone, wnijście do pochwy wązkie, sklepienie wypuklone, część pochwowa wygładzona, ujście macicy zewnętrzne rozwarte tak, iż dwa palce przeprowadzić można. Błony cienkie podatne, za niemi tuż główka w próżni miednicy stojąca.

Rozpoznano: *Primipara, stadium primum partus.*

O godzinie 3éj po południu pękł pęcherz płodowy przy ujściu prawie zupełnie rozwartém, główka w próżni miednicy objęta ścianami szyi macicy. O godzinie $4\frac{1}{2}$ przedgłowie na głowie dziecka, tętno płodu zrazu słyszalne bardzo dobrze, staje się nieregularném wolném. Z powodu niebezpieczeństwa grożącego dziecku założono kleszcze Madurowicza i po kilku pociąganiach wydobyto główkę na zewnątrz. Podczas przerzynania się główki przez szparę sromową nader wązką musiano wykonać nacięcia warg sromowych po obu stronach. Krwawienie z ran po episiotomii ustąpiło po założeniu kawałków lodu do pochwy. Łożysko całkowite razem z błonami dobrowolnie odeszło w 8 minut po porodzie. Macica nie źle skurczona.

Syn żywy, donoszony, lekko omdlały, ważący 3400 grm. dnia 5/12 z powodu choroby matki do szpitala na salę mamek przeniesiony.

Ze względu na zabieg operacyjny znaczniejszy, ponieważ było łóżko wolne na sali położnic chorych, przeniesiono ją do téjże sali po porodzie, po oczyszczeniu i przestrzyknięciu części rodnych 2% roczczynem kwasu karbolowego i podaniu *extr. secalis cornuti.*

Od porodu do 3/12 miała się chora dobrze i nie żaliła się na nic. 3/12. Do sali, w której się znachodziła położnica, o której mowa, wniesiono dwie chore wyż pomienione; dnia tegoż wystąpił u niéj silny dreszcz, gorączka, przyspieszenie tętna. Rany po nacięciach na wargach sromowych pokryły się wypociną szarą. Wargi obrzękłe, macica nie tak dobrze odgraniczona jak dni poprzednich, odchody brudne.

Zalecono: Chinin, kwasek, wstrzykiwania do pochwy rozczynu 2% kwasu karbolowego, na wrzody eter z kamforą w mięszance gumowéj. Stan ten utrzymywał się w równém nasileniu przez następne 3 dni. 6—8/12. Powstało polepszenie stanu ogólnego, wrzody wyglądają czyściéj. Leczenie tożsamo. 8/12. Chora żali się, że jest głodną, podano jéj więcéj jedzenia, a mianowicie: trochę kaszki i potrawkę z kurczęcia, niezadowalając się jednak tém popełniła błąd dyjetetyczny i skutkiem tego wystąpiła u niéj gorączka trwająca dwa dni. Bolesność brzucha obok wzdęcia. Collodion do pomazywania brzucha. *Camphora cum liquore ammonii anisati* wewnętrznie. *Decoct. cort. chinae reg.* do wstrzykiwań i na wrzody. W następnych dniach chora ma się coraz lepiéj. Brzuch zapadnięty niebolesny, obrzęk z warg ustępuje zupełnie. Wrzody o dnie pokrytém żywą ziarniną goją się, raz pomazywano je laseczką azotanu srebrowego.

29 grudnia chora wyzdrowiawszy opuściła klinikę.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Kilka słów o działaniu Silphium Cyrenaicum w dymienicach ostrych.

Podał Dr. A. Zarewicz

prymaryjusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych w szpitalu Św. Łazarza w Krakowie.

Uzupełniając artykuł Dr. L. Glücka, podany z oddziału mego (patrz Przegl. Lek. Nr. 20, 21 i 22), dalszemi spostrzeżeniami i uwagami, które mi się nasunęły przy leczeniu tym przetworem późniejszych przypadków w czasie jego nieobecności, zamierzam w kilku słowach podać niektóre szczegóły, skuteczność roztworu glicerynowego *Silphii cyrenaici* w dymienicach ostrych bliżéj objaśniające.

Prócz zmian występujących w dymienicach podczas stósowania w mowie będącego leku, a przez kol. Glücka już podanych, podnoszę ponownie ten szczegół, że bolesność towarzysząca stale dymienicom ostrym w krótkim czasie, po jedno lub dwurazowém zapędzelkowaniu, ustępowała. Objaw ten, jakkolwiek prawie zawsze i w każdym przypadku występował, nie dozwala nam jednakowoż jeszcze pomyślnie rokować o dalszym przebiegu dymienicy.

W przypadkach, w których dymienica nie okazywała żadnego chełbotania, lek ten okazał się daleko mniéj skutecznym, aniżeli tam, gdzie takowe już można było wyśledzić; kilkakrotnie bowiem mogłem się przekonać, że w mowie będący przetwór *Silphii cyrenaici* zawcześnie zastósowany wcale nie zapobiega zropieniu dymienicy, mimo to jednak daléj stósowany jest w stanie sprowadzić wessanie.

Silph. cyren. niezawsze i niewszędzie okazało się skuteczném, albowiem w niektórych przypadkach mimo pilnego stósowania go dymienica zropiała i musiała być otworzoną. Dodać jednak należy, że wszystkie niepomyślnie zakończone przypadki tyczyły się bez wyjątku osób nędznych, niedokrewnych i że we wszystkich prócz jednego dymienice dobrowolnie powstały.

Na szczególniejsze uwzględnienie zasługują dwa przypadki tym sposobem leczonych dymienic, albowiem zdaniem mojém rzucić one mogą pewne światło na działanie *Silphii cyrenaici* w dymienicach ostrych.

Pierwszy z tych przypadków tyczy się mężczyzny na mój oddział przyjętego, u którego powstała dymienica ostra po stronie lewéj skutkiem szankra na napletku usadowionego. W czasie przyjęcia chorego dymienica okazywała już tak rozległe chełbotanie, iż w każdym innym razie, gdybym nie miał był zamiaru doświadczania skuteczności *Silphii cyren.* uważałbym natychmiastowe otworzenie jéj za wskazane. Zaleciłem dwurazowe dziennie pędzelkowanie tym lekiem. Mimo rozległego ropienia wessanie przecież nastąpiło, a gdy prócz znanych już z rozprawki Dr. Glücka na skórze zmian, żadnych innych zboczeń nie można było wyśledzić, zaleciłem kąpiele letnie; nazajutrz jednak gdy chory upraszał o wypuszczenie go z oddziału, uważając jednak za zbyt wczesną możebność oddawania się pracy, do któréj chory jako rzemieślnik byłby zmuszonym, odradziłem mu takowego, a natomiast chcąc utrwalić i przyspieszyć wygojenie poleciłem zastósowanie na miejsce chore przylepca rtęciowego. Nazajutrz ze zdziwieniem spostrzegłem, że dymienica na nowo okazuje chełbotanie. Dnia następnego otworzyłem takową.

Drugi przypadek dotyczący kobiety okazywał te same przypady i w ten sam sposób był leczonym (oba współczesne co do pobytu w oddziale); wynik leczenia i tutaj był ten sam, tj. zupełne wessanie ropy. Chora jednak (prostytutka) postąpiła sobie wbrew mojemu poleceniu, albowiem, zamiast używać kąpieli letnich, dopadłszy sporego kawałka przylepca rtęciowego, takowy przyłożyła na miejsce chore. Dymienica również na nowo wezbrała i przeciętą została!

Zdaje się zatém, że przez silne zadziałanie na skórę *Silphii cyrenaici* część surowicza ropy wewnątrz dymienicy nagromadzona zostaje wessaną, ciałka zaś ropy, pozbawione cieczy, skupiają się i czekają na dalsze swe przeobrażenie się, aby następnie mogły zostać wessanemi. Po zastósowaniu przylepca rtęciowego sprowadza się do części choréj świeży przypływ krwi, a z nim razem przepocona z naczyń surowica zasila na nowo nieprzeobrażone, a więc zdolne jeszcze do życia, ciałka ropy, które ponownie surowicą uzupełnione, tłumaczą nam owe szybkie nagromadzenie się ropy w części choréj.

Sądzę jednak, że w mowie będącemu lekowi nie można odmówić pewnego swoistego wpływu na sprowadzanie wessania, gdyż wątpię bardzo, czy innemi środkami zdołanoby osiągnąć podobny wynik. Na czém ono jednak polega, dalsze badania w tym kierunku dokonywane zdołają zapewne bliżéj wyjaśnić.

Opierając się na moich spostrzeżeniach roztwór glicerynowy *Silphii cyrenaici* radziłbym stósować przedewszystkiém przeciw dymienicom z przebiegiem ostrym, okazującym przypady rozpoczynającego ropienia, u ludzi dobrze odżywionych, przeciwskazaném by było stósowanie go u ludzi wynędzniałych, niedokrewnych, u których dymienice dobrowolnie powstały.

W końcu dodać muszę, iż pierwotnie przezemnie zalecany lek doświadczany także był z pomyślnym wynikiem, o ile mi wiadomo, także i przez innych kolegów, jak przez Dr. Warschauera, który odpowiednie sprawozdanie za-

mieścił w „*Allgemeine Wiener mediz. Zeitung* Nr. 21 z r. b.“ i przez Dra Jodłowskiego, który jak mi ustnie oświadczył, stósował również z dobrym skutkiem przetwór ten w dwu przypadkach dymienic ostrych szankrom towarzyszących. Tak więc doświadczenia na oddziale moim z pomyślnym wynikiem dokonywane nie są odosobnione.

III. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r.

IV.

Pięć wypiłowań stawowych; wyleczenie wszystkich.

Napisał Dr. Rydygier.

(Dokończenie. Patrz Nr. 22.)

Przypadek III. Ida Goldau, 11 lat, nigdy nie chorowała prócz na odrę. Chorób dziedzicznych nie ma, mianowicie nikt z rodziny nie cierpiał na choroby piersiowe. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed rokiem po urazie: idąc slizgą po deszczu drogą upadła na prawe kolano. Już następnéj nocy wystąpił ból, zaognienie i nabrzmienie. Mimo pomocy lekarskiéj poczęła odnoga w kolanie się kurczyć. Założono oprawę gipsową, musiano ją atoli wkrótce zdjąć, bo werznęła się w ciało (była za krótka, sięgała tylko od połowy podudzia do połowy uda; dość często już podobne opatrunki widzieliśmy założone przez lekarzy). Po zagojeniu ran po gipsie powstałych potworzyły się przetoki, a matka widząc, że stan dziecka chorego coraz to bardziéj się pogarsza, udała się do naszéj kliniki.

Badanie. Stan ogólny dość dobry. Prawa odnoga dolna w kolanie nieomal pod prawym kątem skurczona; ruchy znacznie upośledzone; kolano zgrubiałe, a mianowicie kłykcie kości udowéj: obwód chorego kolana 31,5 cm., obwód zdrowego kolana 28 cm. Długość kości goleniowéj choréj 25,5 cm. Długość kości goleniowéj zdrowéj 28 cm. Obwód kolana chorego 21 cm., zdrowego 24 cm. 4 przetoki zagojone, jedna na zewnętrznéj stronie kolana otwarta wydziela ropę zmięszaną z płynem surowiczym.

Rozpoznanie. Gruźlica miejscowa stawu kolanowego prawego (dawniejszy *tumor albus)*.

Operacyję wykonaliśmy dnia 17/7 1879 r. w mgle karbolowéj. Cięcie płatowe od jednego kłykcia k. udowéj do drugiego przez *tuberositas tibiae*; odłożenie płata ku górze wraz z rzepką utrudnione przyrostem téjże do klykciów, dopiero możliwe po oddzieleniu zrostów dłutem; wyjęcie rzepki wraz z przeistoczoną i zgrubiałą błoną stawomaźną; odpiłowanie kłykciów k. udowéj i blaszki z powierzchni stawowéj kości goleniowéj; dokładne wycięcie reszty zwyrodniałéj błony stawomaźnéj i granulacyj; zatamowanie krwotoku; wypłukanie stawu najprzód kwasem karbolowym (2%) a następnie 5% rozczynem chlorku zynku; zaprowadzenie sączków sposobem Hütera. (Na najwyższym punkcie *recessus quadricipitis* robi się otwór, ztamtąd zaprowadza się 2 sączki: jeden na zewnętrzną stronę uda, drugi na wewnętrzną; trzeci sączek idzie w poprzek przez staw od wewnątrz ku zewnątrz. Następnie zeszycie rany płatowéj; powtórne przepłukanie kwasem karbolowym; założenie oprawy ściśle Listerowskiéj, a ostatecznie ogipsowanie całéj odnogi. Sposób zakładania oprawy gipsowéj warto dokładniéj opisać, bo nam wyborne oddaje usługi (opis znajduje się także w Hütera *Gelenkkrankheiten*): Zwyczajne ogipsowanie całéj odnogi, z wyjątkiem okolicy wypiłowanego stawu, któréj albo wcale nie obejmujemy oprawą gipsową, albo tylko cieniutkim pokładem. Za to w okolicy téj wzmacniamy oprawę żelaznemi prętami *(Bandeisen)*, których końce wpuszczone są w gips, a to pod kolanem zakładamy pręt prosty tylko nieco wygięty, nad kolanem zaś pręt wygięty.

Wygięcie takie umożebnia późniejszą zmianę oprawy Listera bez naruszenia całéj oprawy gipsowéj: potrzebujemy tylko, jeżeli i kolano objęliśmy oprawą gipsową, wyciąć okno i kolano na nowo opatrzeć.

Przebieg pooperacyjny był pomyślny, tylko kilka razy gorączka dochodziła 38,0° — 38,4°, cała rana zagoiła się pod 5 oprawami w przeciągu 8 tygodni, a chora zupełnie wyleczona opuściła ze szyną naszą klinikę. Po upływie ½ roku donoszono nam, że dawniejsza nasza chora wybornie się miewa.

Przypadek IV. Heilemann Gustaw, 6 lat liczący, nigdy nie chorowal. Rodzeństwo zdrowe; chorób dziedzicznych nie ma. Po urazie (przed 2 laty spadł z wozu) zaczęło kolano lewe obrzmiewać; dziecko przy chodzeniu utykało, na bóle jednak się nie skarżyło. Pomimo używania leków miejscowych (*Tinct. Jodi*) kolano coraz więcéj powiększało się. Założona po wyprostowaniu oprawa gipsowa nie odniosła żadnego skutku, dla tego chory przybył do kliniki.

Badanie: Dziecko na swój wiek drobne, dość dobrze jednak wyglądające i odżywione. Cała odnoga dolna lewa szczuplejsza, nieskrócona; w kolanie pod kątem około 135° zgięta; kolano chore grubsze; kłykieć wewnętrzny wystaje; obwód kolana zdrowego 21 cm., a kolana chorego 23½ cm. Ruchy czynne w chorém kolanie nie możebne, bierne ograniczone i bolesne. Rzepka nieco ku zewnątrz kolana przesunięta, na około téjże podatność przy obmacywaniu, chełbotania jednak nie ma. Nadwichnienie kości goleniowéj ku tyłowi. Osteofon wykazuje w kościach kolana chorego odgłos tępszy. Rozpoznanie. Miejscowa gruźlica stawu kolanowego.

Dnia 23/10 założyliśmy przyrząd rozciągający Volkmanna i zaczęliśmy wstrzykiwać 2% rozczyn kwasu karbolowego do stawu sposobem Hütera. Mimo to do 10/11 1879 nie zauważyliśmy żadnéj zmiany ani w stanie ogólnym, ani miejscowym, i dla tego przystąpiliśmy tegoż dnia do wypiłowania stawu kolanowego lewego. W ten sam sposób, jak w poprzednim przypadku, wykonaliśmy operacyję. Zważaliśmy i tu, na co przycisk kładziemy, na to, aby wyciąć wszystką ziarninę i zwyrodniałą tkankę. Oprawa Listera. Przebieg pooperacyjny był wyborny, typ przebiegu aseptycznego: bez gorączki, bez ropienia rana zagoiła się *per primam* pod 5 oprawami w przeciągu 36 dni; chory bez szyny opuścił klinikę i biega; odnoga tylko o 1½ cm. skrócona. Przed tygodniem przekonaliśmy się, że mały nasz pacyjent wybornie biega.

Przypadek V. Władysław Karabasz, 18 lat liczący, nigdy ciężko nie chorował, nie kaszlał, ani pluł krwią, ale zawsze był słabowity. Ojciec żyje i jest zdrów; matka umarła, na co, nie wiadomo, z braci jeden umarł w 20 roku życia na suchoty, reszta rodzeństwa żyje i jest zdrowa. Przed 10 laty kolano prawe, w którém już od dziecięctwa zawsze czuł doleganie, zaczęło grubieć, a po dłuższém chodzeniu boleć; od roku miał już prawie ciągle bóle w chorém kolanie, a od 5ciu tygodni chodzić już nie może wcale.

Badanie: Chory źle odżywiony, blady, słabowitéj budowy. Wypuk i wysłuch płuc i serca nie wykazuje głębszych zmian. Odnoga dolna prawa wychudła, cieńsza, mięśnie zanikłe, najwidoczniéj na udzie. Kolano prawe obrzmiałe, kłykieć wewnętrzny kości udowéj wystaje ku wewnątrz w skutek przesunięcia kłykciów k. goleniowéj na zewnątrz. Obrzmienie sięga aż ponad granicę dolnéj a średniéj części uda. Odnoga jest w kolanie zagięta pod kątem około 170°, skrócenia nie ma. Stopa prawa mniéj rozwinięta niż lewa. Cała okolica przednia stawu wyczuwa się elastycznie; chełbotania wyraźnego nie ma. Ruchy bierne w stawie ograniczone; czuć tarcie w okolicy zewnętrznéj stawu; kłykcie kości goleniowéj przesuwalne na boki na kłykciach k. udowéj. Badanie ręką wykazuje podwyższoną ciepłotę kolana chorego. Szerokość kości goleniowéj prawéj (choréj) 3 cm. a lewéj (zdrowéj) 3³/₄ cm. Obwód kolana prawego 34½ cm. a lewego (zdrowego) 33 cm. Osteofon wykazuje odgłos tępszy w kolanie chorém.

Rozpoznanie. Gruźlica miejscowa stawu kolanowego prawego.

Dnia 10|11 1879 r. wykonaliśmy zwykłym sposobem wypiłowanie chorego stawu; oprawa przeciwgnilna, jak w poprzednich przypadkach. Przebieg pooperacyjny bardzo smutny: chory wieczorem nieomal ciągle gorączkował rana początkowo *per primam* zagojona, tak że jedynie otwory sączkowe pozostały nie zagojone; w środku się znowu otworzyła; ziarnina po brzegach blado-wodnista; zgłębnik natrafia na kość obnażoną; a mimo kilkakrotnego wyskrobania znacznéj ilości kruchéj, poczęści ropą i ziarniną niedobrą napełnionéj kości, stan miejscowy rany się nie poprawiał, a stan ogólny chorego coraz się pogarszał. Ostatecznie przystąpiliśmy dnia 17/2 1880 r., a więc w 3 miesiące i tydzień po wypiłowaniu, do odjęcia uda w 3éj części dolnéj: Płat przedni większy i tylny mniejszy ze skóry i mięśni; zeszycie rany po założeniu sączka od wewnątrz ku zewnątrz idącego. Gorączka zaraz następnego dnia ustąpiła, a mimo, że 3 i 4 dnia znowu ciepłota się podniosła, po zmianie oprawy na stałe się obniżyła, i cała rana pod 5 oprawami w przeciągu 4½ tygodnia się zagoiła, a chory wyleczony opuścił klinikę. Niedawno temu badaliśmy chorego celem sprawienia mu sztucznéj nogi i znaleźliśmy go zdrowym, przybrał znacznie na siłach i tuszy.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija celularna i choroby infekcyjne.

Sprawozdanie

podał Dr. Wilhelm Pisek, asystent przy katedrze anat. patolog. Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22.)

Za postaciową jednostkę istót organicznych uważać należy komórkę złożoną z jądra i jąderka otoczonego pierwoszczą i powłoczką, jak to Schwann nauczał. Trzy sprawy: odżywcza czyli zachowawcza, funkcyjonalna czyli specyficzna i twórcza czyli reprodukcyjna cechują według Virchowa każdą komórkę. Organizm zwierzęcy jest zbiorem, „stowarzyszeniem“, takich jednostek. Komórki powstają tylko z komórek. *Omnis cellula e cellula.* Ani włókno pierwotne Hallera, ani t. zw. „gałeczki“ według filozofów XVIII wieku, ani włókno z kulek złożone (Milne-Edwards), ani teoryja powstawania komórek z drobnych odpowiednio grupujących się kulek (*Globulartheorie, Baumgartner-Arnold*), ani wreszcie teoryja zagęszczania się poszczególnych warstw protoplasmatu (*Henlego Umhüllungstheorie*) nie mogą się ostać. Jak przypuszczenie samorodztwa dla całych organizmów jest mylném, tak i w patologii żaden rozwój na nowo się nie rozpoczyna. Mamy przed sobą wieczne prawo ciągłego rozwoju [1].

Dwadzieścia i jeden działów Bichata zastępuje Virchow na podstawie dokładniejszéj znajomości anatomii drobnowidowéj trzema grupami (utkanie wyłącznie komórkowe, utkanie komórkowe z istotą międzykomórkową, utkanie wreszcie tylko zwierzęcemu ustrojowi właściwe „utkanie doskonalsze, wyższe“). Utkanie zwane łącznotkankowém, w ogólniejszém znaczeniu, jest najważniejszém dla rozwoju fizyjologicznego i patologicznego; Virchow nazywa je „*der gemeinschaftliche Keimstock des Organismus*“.

Z tego téż utkania wyprowadza Virchow genezę prawie wszystkich nowotworów.

Ciekawe i niezwykłe są zapatrywania Virchowa na sprawy odżywcze. Daleko ważniejszą niż ilość przypływającéj krwi jest siła atrakcyjna, jaką wywierają komórki na soki odżywcze; gdyby bowiem pierwociny komórkowe nie przyswajały sobie właśnie tyle tylko z odżywczéj cieczy, ile im „potrzeba“, toby poszczególne grupy (*terytoryja-Zellenterritorien*) co chwila narażone były na zalewy krwi, nie istniałby moment nader ważny odpowiedniego rozdziału soków odżywczych na poszczególne utkania lub ich części.

Odpowiednio tym poglądom zapatruje się téż Virchow na „skazy“ (*Dyscrasiae*). Według dawnych humoralno-patologicznych pojęć owe zmiany krwi, raz zaszłe, pozostają trwałemi, mianowicie w zakażeniach przewlocznych, przez odziedziczenie mogą pewne swoiste zmiany krwi być przekazywane z pokolenia na pokolenie. Otóż Virchow nie powątpiewa o istnieniu ciągle zbaczającéj mięszaniny krwi, nie wątpi, że takowa jest z generacyi na generacyję przenośną, lecz uważa za mylne przypuszczenie, iżby się owe zmiany we krwi utrwalić i rozmnożyć mogły, iżby krew sama wyłącznie była tu nosicielką skazy. Uważa on krew za utkanie płynne, pozostające w ścisłéj zależności od reszty składników ustroju. Każda skaza *(dyscrasia)* trwała jest zależna od ustawicznego dowozu szkodliwych składników do krwi z pewnych ognisk (*Virchows Archiv* z r. 1858, t. XV 217, *Virchow Geschwülste* II, 476). Naszém jest zadaniem odszukać dla szczególnych skaz: lokalizacyje (umiejscowienia). Z dawnymi tedy patologami zgadza się Virchow w tém, że i on przypuszcza zanieczyszczenie krwi (*Infectio*) przez różne istoty (*Miasma*), z których przeważnéj liczbie przypisuje wpływ drażniący na tkaniny (*Schärfen, Acrimonia*). Również zdarza się, że w dyskrazyjach ostrych owe istoty wywołać mogą we krwi rozkład (*Fermentatio, Zymosis*). Pewnikiem wszelako jest, iż ta *Zymosis* bez nowego dowozu trwale się nie utrzymuje, i że każda trwała skaza wznowionego dowozu szkodliwych istót do krwi domyślać się każe [2].

[1] Są to zapatrywania ogólnie przyjęte. Samorództwo jednak i dziś liczy, jakkolwiek już nie wielu zwolenników, (Bastiana, Huizingę i innych), i mimo prac Akademii francuskiéj w ostatnich latach sprawa stanowczo przecież nie jest rozstrzygniętą.

[2] Dyskrazyje tedy ostatecznie według Virchowa (*Cell. path. IV. Aufl.* 1871, str. 105) odnieść należy:

1) do istót zanieczyszczających i rozkładających krew, drażniących pewne narządy;

Zasady tu wygłoszone usiłuje Virchow na licznych chorobach udowodnić. Pierwszy też należycie ocenił znaczenie ropnicy, białaczki i schorzenia przyrządu gruczołowego w różnych sprawach patologicznych tak ostrych jak i przewłocznych, trafnie tłumacząc i wykazując związek zachodzący między zboczeniem miejscowém a objawami ogólnemi.

Z kolei rzeczy wypada przedstawić zapatrywania Virchowa w kwestyi zapalenia. Jest to jedna z zasadniczych każdego systemu, każdéj szkoły lekarskiéj i w żadnym może kierunku zaciętszego, po wszystkie czasy, nie toczono sporu, jak o określenie sprawy zapalnéj. *Quot capita tot sensus.* Krytyczne zestawienie teoryi zapalenia różnych wieków i szkół byłoby dokładném odźwierciedleniem każdoczesnego poziomu nauk lekarskich, ba, nawet ogólnego wykształcenia, które i tę wspólną okazuje cechę, iż nieraz znaczne przedświa wahania wsteczne zamiast jednostajnego naprzód rozwoju.

Patologija celularna przez zapalenie nie rozumie sprawy jednolitéj ściśle określonéj, jest to „jedna z ogólnych form, w jakiéj choroby miejscowe przedstawiać się mogą [1]). Określenie to, jak słusznie zauważył Levi [2]), pozbawia sprawę zapalną téj samoistności, jaką dotąd miała, przestaje ona istnieć jako taka i schodzi do rzędu „synonymu wyrazu choroba" w ogóle. Z licznych po różne czasy ogłaszanych poglądów w téj sprawie wynika, że dla celularnéj patologii w sprawie zapalnéj głównym momentem jest siła przyciągająca, jaką wywierają pierwociny komórkowe na swe otoczenie, a powtóre zmiany zachodzące w samym miąższu komórek skutkiem działania zapalnych bodźców. Komórki pęcznieją, treść ich zwiększa się a wreszcie mnożą się liczbowo produkując ciałka „ropy". Komórki w skutek działania bodźców swą siłą atrakcyjną wywierać mają wpływ przeważnie na treść płynną naczyń krwionośnych. Zwiększona ilość przepoconéj treści dostarcza pierwocinom komórkowym materyjału do powiększenia się i rozrostu.

Zapatrywania te głównego znalazły przeciwnika w Cohnheimie, którego prace doświadczalne wykazały fundamentalną dla nauki o zapaleniu emigracyję ciałek białych krwi (jakkolwiek sam Virchow już 20 lat przedtém o fakcie nie powątpiewał V. A. I. 246); słusznie téż uważa Cohnheim, że odnośna teoryja Virchowa wprowadza do nauki celem anatomicznego zdefiniowania zapalenia nową *ad hoc* wymyśloną zasadę atrakcyi wywieranéj przez pierwociny komórkowe, na co zresztą żadnéj nie mamy zkądinąd analogii. (*Vorles. über allg. Path. Cohnheim* p. 231). Teoryja zapalna Virchowa, tak jak ją pierwotnie podał Virchow, dziś i przez samego Virchowa jak i zwolenników jego jeżeli nie została porzuconą, to znacznie zmodyfikowaną. Zgadzają się na samoistne, naczynia dotyczące zmiany i niezależność spraw odnośnych od komórek, zostawiając nierozstrzygniętą kwestyję, czy obok zmian w naczyniach istnieją t. zw. odżycze (*nutritive*) i twórcze *(formative)* zmiany pierwocin komórkowych i czy produktem tych zmian mogą być ciałka „ropy". (C. d. n.)

2) do tkanin lub narządów schorzałych następowo zmieniających mięszaninę krwi.

[1]) *Eine dem Verlaufe nach eigenthümliche Form verschiedener Prozesse. Vir. Arch. IV, 280., Spec. Path. u. Ther. I, 46 i 72 etc. Cel. Path. 472.*

[2]) *Die Cellularpathologie von Dr. M. R. Levi. Eine von der medic. chir. Akad. zu Ferrara gekrönte Preisschrift. Aus dem italienischen übers. v. Berger. Braunschweig 1865, str. 270.*

Dumontpallier: **Nowy przyrząd do obniżania ciepłoty w chorobach gorączkowych.**

Od czasu, gdy ścisłe badanie ciepłoty i zastanawianie się nad jéj wpływem na organizm gorączkujący weszło do zakresu zwykłych zachodów codziennéj praktyki lekarzy, przekonano się dowodnie, że wysoka ciepłota ciała, kiedy dosięga pewnych granic, staje się niebezpieczną dla życia, że nie będąc istotą, lecz skutkiem przyczyn chorobowych, niemniéj sprowadza śmierć tam, gdzie schorzenie narządów niepomyślnego zejścia nie usprawiedliwia. Skoro więc zdarza się często, że obniżenie ciepłoty w chorobach zakaźnych należy do *indicatio vitalis*, nikogo nie zdziwią usiłowania klinicystów do wykonania tego wskazania bądź drogą leków wewnętrznie podanych, bądź środkami ostudzającemi, zewnętrznie stósowanemi. Przyrząd Dumontpalliera tak obrazowo opisany w *Journal de Thérapeutique* Nr. IX przez Dr. Landowskiego należy do pomysłów téj drugiéj kategoryi; ma on postać pasa obejmującego ciało chorego od pach do pachwin, którego główną częścią składową jest kauczukowa, 40 metrów długa, a 1 cm. w średnicy światła mająca, rura, z któréj równoległych skrętów, pas rzeczony powstaje, kiedy przyrząd jest nieczynnym, chory spoczywa na nim jak na materacu, przez obwinięcie skrzydłami tego materaca tułowia chorego i spięcia ich na przedniéj części ciała powstaje pas szczelnie przylegający; górny koniec rury kauczukowéj łączy się z zbiornikiem wody, umieszczonym 1.5 metra ponad pościelą, dolny zaś z naczyniem, do którego woda odpływa z przyrządu. Dodatkowy ten przyrząd, łączący końce rury ze zbiornikiem i naczyniem do odpływu wody, posiada kilka stopniowanych kranów dla regulowania siły prądu, oraz termometry do badania ciepłoty wody dopływającéj i odpływającéj; jeżeli się odmyka krany obukońców rury przyrząd wchodzi w ruch; z powodu szybkości przepływu wody (1 litr 80 na minutę) z początku termometry przypływu i odpływu wykazują ten sam stopień ciepłoty, lecz już po względnie krótkim czasie termometr odpływu podnosi się do pewnego *maximum*, poczém, zapewne w skutek niedostatecznéj ilości cieplika w chorym ustroju, ażeby to *maximum* długo utrzymać się mogło, następuje obniżanie się w ciepłomierzu odpływu i po 15—25 minutach wykazuje on 11°—12°, jeśli, jak to zwykle czynił Dumontpallier, użyta woda miała ciepłotę 8°—12°, od téj chwili można już stwierdzić, że ciepłota w pasze i prostnicy obniża się o 0°,1—0°,2, co 10 minut i po godzinie ogólne obniżenie ciepłoty ciała chorego wynosi 1°—1°,5 do 2° stopni Celsiusza. Po zamknięciu ruchu w przyrządzie słup rtęci w obu ciepłomierzach zaczyna się podnosić, natomiast w pasze i prostnicy pozostaje ciepłota 20—30 minut jednaką, a nawet czasem w prostnicy obniża się daléj, co Dumontpallier tłumaczy odciągnięciem cieplika ku powierzchni ciała.

Powyżéj opisanym przyrządem można więc bez poruszenia chorego z pościeli, bez wzbudzenia w nim i jego otoczeniu odrazy, jaką wywołuje np. myśl sama o zimnéj kąpieli u gorączkujących, obniżyć wysoką ciepłotę chorego o 1°—2°C z ścisłością matematyczną, a przez właściwe dozowanie prądu za pomocą kranów, zastósowane do stopnia ciepłoty pachowéj i prostnicowéj, obniżenie to można utrzymać, dopóki potrzeba wymaga. Natomiast doświadczenie pouczyło, że stósowanie tego przyrządu pod okiem Dumontpalliera u chorych cierpiących na dur i ospę nie sprowadziło żadnych ujemnych następstw. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Sydney Ringer: **O działaniu fizyjologicznem homatropinu.**

W ostatnich czasach wykazano, iż atropin może być rozłożony na „tak zwany tropin" i „kwas tropinowy" (*Kraut, Lossen*); skutkiem działania zaś rozcieńczonego kwasu solnego na sole „tropinu" można otrzymać cały szereg alkaloidów, które nazwane „tropeinami" (*Ladenburg*).

Homatropin (*oxytoluyltropein*) jest alkaloidem tego rzędu, powstałym przez działanie kwasu solnego na amygdalen tropinu.

Homatropin posiada wedle doświadczeń Ringera prawie wszystkie własności atropinu w nieco niższym stopniu. Jednak działanie jego na serce jest odmienne: homatropin bowiem osłabia działanie serca, sprawiając zarazem nieregularność, nierytmiczność tętna. Działanie homatropinu na mięsień rzęskowy i na źrenicę jest względnie słabsze niż atropinu: rozczyn homatropinu wkroplony do worka spojówkowego sprawia stale rozszerzenie znaczne źrenicy w przeciągu od 15—20 minut. Najważniejszą a pod wielu względami bardzo korzystną cechą odróżniającą homatropinu jest ta okoliczność, że działanie tegoż rychło, bo najdaléj w przeciągu 24 godzin, w zupełności ustępuje i stan akomodacyi powraca do zupełnéj prawidłowości. Środek ten nie posiada żadnych własności drażniących. Równie jak atropin działa homatropin bardzo wybitnie antagonistycznie pilokarpinowi, poty powstałe po wstrzyknięciu pilokarpinu powstrzymuje w przeciągu 10 minut. Alkaloidu tego używał Ringer w postaci rozczynu wodnego bromku homatropinu. (*The Lancet* Nr. 21, 1880). *P.*

Fuchs: **Rozrastanie się mięsaków w naczyniówce.**

A. zwrócił na zjeździe okulistów w Hejdelbergu uwagę tychże na preparaty mikroskopowe naczyniówki pochodzącéj z oka, w którym się znajdował mięsak. W naczyniach włoskowatych téjże nie pozostających w bezpośredniém połączeniu z nowotworem widoczne były komórki mięsakowe. Widocznie komórki nowotworu wrastającego do naczyń dostawszy się w obieg, przenosiły się na odleglejsze dotąd zupełnie zdrowe miejsca. Preparaty F. tłumaczą przerzut nowotworu w inne narządy ustroju, nawet i w tych przypadkach, gdzie wyjęto gałkę oczną w czasie, w którym nowotwór nie przebił jeszcze twardówki i gdzie recydywa miejscowa nie miała miejsca. (*Bericht über die Sitzungen der Heidelb. ophth. Gesellschaft 1879*). *Dr. Machek.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) *Gazzetta delle clin. di Torino* N. 6 1880 r. zamieszcza sprawozdanie o śmiertelném zejściu w skutek przetoczenia krwi do otrzewny sposobem Ponficka. Chory cierpiał na złośliwą postępującą niedokrewność; po użyciu wszelkich rozporządzalnych środków doktorowie Novaro i Fabini upatrywali tylko w przetoczeniu krwi jakąkolwiek nadzieję przedłużenia życia chorego, i użyli sposobu Ponficka; pomimo, że rękoczyn trwał tylko 12 minut i odbył się bez żadnych zaburzeń, w krótkim czasie wystąpiły objawy zapalenia otrzewny, i chory w 41 godzin po operacyi żyć przestał.

(A. K.) Dr. Lewin leczył w ciągu trzech ostatnich lat 32 osób chorych na różne postacie kiły za pomocą podskórnych wstrzykiwań chlorku pilokarpinu i otrzymał następujące wyniki: 25 wyleczyło się zupełnie a 7 nie doznało żadnego polepszenia. Z tych 7 znaczna część, bo aż 5, nie powinny być zaliczone do téj statystyki, gdyż dla powikłań musiano wkrótce po rozpoczęciu zaniechać wstrzykiwania pilokarpinu; w dwóch zaś przypadkach po 30 bezskutecznych wstrzyknięciach zaniechano dalszych prób, przechodząc do leczenia rtęcią. *Tentare licet.*

(A. K.) Dr. Iliffe opisał przypadek otrucia się mlekiem od krów chorych pochodzącém; najstarszy chory liczył lat 9, najmłodszy 4; czworo tych dzieci należało do jednéj rodziny a 2 do mieszkańców sąsiedniego domu; autor zbadał mleko i prócz odczynu kwaśnego nic nieprawidłowego wykryć nie zdołał, a pomimo tego wymienionych 6 dzieci, i jak póżniéj Iliffe dowiedział się, czworo w innym domu, doznało mdłości, wymiotów, bólu brzucha i zapadu. Iliffe udał się do pachciarza osobiście i przekonał się, że między 50 dojnemi krowami kilka było chorych (lecz codziennie dojonych) na rodzaj suchót w Anglii spostrzeganych; mleko przy autorze wydojone z krów chorych wyróżniało się odczynem kwaśnym. Wszyscy chorzy wyzdrowieli.

ss) W nowszych czasach zachwalają znów we Francyi kreozot przeciw suchotom. W celu usunięcia drażniącego działania środka tego na przewód pokarmowy można kreozot łączyć z innemi lekami, które także same przez się pomyślnie wpływać mogą na odżywienie lub téż zmiany miejscowe u suchotników. W ten sposób powstały leki, jak *oleum jecoris cum creosoto, glycerinum creosoti*, a nawet t. zw. *capsules de goudron et de creosote*. Żadna z powyższych kombinacyj nie okazała się bardzo dogodną: olejek wątłuszowy dodany do kreozotu przechodzi niekiedy niestrawiony przez przewód pokarmowy, gliceryn kreozotowy zaś (1000 cz. glicerynu, 8 cz. kreozotu i 4 cz. *extr. absynthii*) drażnił silnie chorych dotkniętych zmianami w krtani. Według Dra Reussa najlepsza kombinacyja polega na połączeniu kreozotu z balsamem tolutańskim. Uczucie ciśnienia na piersiach ma pod wpływem leku togo ustępować już w ciągu 8 dni, zmniejszanie zaś plwocin, kaszlu i potów nocnych, gorączki a podwyższenie ciężaru ciała itd. mają się zjawiać dopiero po dłuższém używaniu. Reuss podaje według Dragées'go po *0.2 bals. tolutan.* i *0.05 creosoti*, podwójną dawkę rano i wieczorem; póżniéj dawkę podwyższa. (*D. med. Woch.* 1880, Nr. 20).

ss) Na posiedzeniu lekarzy monachijskich (5 maja br.) ubolewał Prof. Ziemssen w wykładzie o chorobach żołądka i jelit, że lekarze dzisiejsi za mało zwracają uwagi na drażniącą i szkodliwą treść pokarmową w ostrym nieżycie żołądkowym, oraz zachwalał i polecał dawny zwyczaj podawania w takich przypadkach środków wymiotnych. W nieżytach przewlekłych najważniejszém jest staranne uregulowanie dyjety: w tym punkcie, jako téż co do mechanicznego lekowania za pomocą elektryczności i pompy żołądkowéj, zgadza się Z. z zapatrywaniami Wiela. W przypadkach zupełnie podupadłego trawienia jest lepszą pożywką *succus carnis recenter expressus* według Bauera i Voita, aniżeli peptony Leubego i Rosenthala i t. zw. *Fluid meat*; bardzo dobre usługi oddają również lewatywy sposobem Hegara a w celu uregulowania zapartego stolca, także *Infus. sennae frig. parat.* (8 *fol. sennae* na 80 wody, po łyżce. Gietl).

ss) W celu usunięcia nieprzyjemnego smaku używanego jako środek rozwalniający siarkanu magnowego, polecają dodawać do 25 grm. téj soli 40 grm. wody i 2 — 3 kropel *spiritus menthae*.

(*) Prof. Knapp w N. Jorku opisuje przypadek niedowładu mięśni ocznych w następstwie zaczadzenia.

Mężczyzna lat 17 liczący skutkiem zaczadzenia chorował ciężko przez dni 10, równocześnie wystąpił niedowład we wszystkich mięśniach ócz obydwóch, najdłużéj utrzymywał się niedowład w mm. prostych wewn. i górnych, w zwieraczu źrenicy i m. rzęskowym. (*Archiv f. Augenheilk.* 1880, IX Bd. 2 Hft. p. 224).

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie V zwyczajne z d. 26 kwietnia 1880 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 14.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący zawiadomił, że kol. Doc. Grabowski wygotował odpowiedź dla Zakładu zdrojowego w Szczawnicy, co do urządzenia tamże ćwiczeń gimnastycznych, którą to odpowiedź Zakładowi szczawnickiemu już przesłano; oraz składa do biblijoteki Komisyi nadesłane Sprawozdanie Zarządu zdrojowego w Truskawcu za rok 1879.

3) Sekretarz odczytał pismo od Zarządu kąpielowego w Swoszowicach, w sprawie rozbioru chemicznego wody swoszowickiéj. Postanowiono odpowiedzieć Zarządowi.

4) Przewodniczący wezwał podkomisyje zalegające do spiesznego załatwienia spraw poruczonych sobie przez Komisyję balneologiczną.

5) Tenże przedstawił podanie Dra D..., lekarza od lat 22 stale praktykującego w jedném ze zdrojowisk polskich, który przez lat 20 kierując zakładem, wydał dokładny opis tegoż, oraz corocznie ogłaszał sprawozdania naukowe, i w ogóle całém swém postępowaniem zjednał sobie powszechne zaufanie i nie mało się przyczynił do podniesienia zakładu zdrojowego, oraz pomnożenia liczby gości szukających w tymże pomocy. Obecnie nowy dzierżawca oddawszy kierownictwo zakładu innemu lekarzowi, nie pozwala Drowi D. używać tytułu lekarza zdrojowego, w skutek czego tenże udaje się do Komisyi balneologicznéj z prośbą, o objawienie swego zdania, czy mu służy prawo używania tego tytułu lub nie.

Komisyja balneologiczna jakkolwiek nie jest upoważnioną do prawnego orzekania w téj sprawie, po dłuższéj dyskusyi, w któréj prócz Przewodniczącego brali udział koll. Blatteis, Warschauer, Lutostański i Smoleński, objawia swe zdanie, oparte na zwyczaju przyjętym we wszystkich zdrojowiskach zagranicznych, że lekarzem zdrojowym ma prawo tytułować się każdy lekarz stopień naukowy posiadający, poświęcający się balneologii, oraz stale w zdrojowisku praktykujący; lekarz zaś czuwający nad policyją lekarską i higijeną zakładu, oraz pobierający za to od zakładu pewne wynagrodzenie, używa nazwy lekarza zakładowego lub dyrektora zakładu.

6) Sekretarz odczytał nadesłane Komisyi „Sprawozdanie z ruchu i postępu w Zakładzie zdrojowo-kąpielowym w Żegiestowie, w czasie pory zdrojowéj w r. 1879, przez Dra Tytusa Szczepańskiego, lekarza zdrojowego."

Nad sprawozdaniem tém wywiązała się krótka dyskusyja, w któréj Dr. Skórczewski wyraził swe zdziwienie, jakie mogą mieć znaczenie wspomniane przez Dra Szczepańskiego kąpiele żelezisto-borowinowe nasiadowe, Dr. Kopernicki zaś zwrócił uwagę na nowe a zdaniem jego bardzo stósowne urządzenie kąpieli rzecznych, jakie tamże wkrótce ma przyjść do skutku; na co Dr. Lutostański odpowiada, że urządzenie to mogłoby być jeszcze wygodniejszém, a przedewszystkiém bezpieczniejszém i trwalszém, gdyby miasto pokładu na tratwie urządzono pomost zawieszony na łańcuchach u tarasu, w który to sposób pomost ten mógłby być dowolnie podwyższanym lub obniżanym według stanu wody. Zamiast proponowanych przez Zarząd w Żegiestowie drążków do tratwy przytwierdzonych, a dla bezpieczeństwa kąpiących się służyć mających, zdaniem Dra Lutostańskiego lepsze byłyby antaby pod pachy zakładane, a sznurami do tarasu przymocowane. Przewodniczący uważa, że sprawozdanie Dra Szczepańskiego jest za pobieżne i mało wyczerpujące co się tyczy części naukowo-lekarskiéj. Przy téj sposobności zapytuje się Dr. Warschauer, czy poczyniono jakie ulepszenia w urządzeniu kąpieli rzecznych w Szczawnicy, na co Przewodniczący odpowiada, że Akademija jako obecna właścicielka zakładu zamierza zrobić, co tylko będzie w jéj możności.

7) Dr. Skórczewski odczytał z swéj dyjetyki zdrojowéj kilka ustępów z rozdziału: O zachowaniu się pod względem jedzenia i picia.

W dyskusyi namienia Dr. Lutostański, że dyjeta przez prelegenta dla chorych kąpielowych proponowana i używana, zdaje mu się być zbyt jednostajną i za mało urozmaiconą, co w krótkim czasie musi u chorych sprawić wstręt do jednych i tych samych pokarmów. Prócz tego zapytuje się, dlaczego w spisie potraw nie uwzględniono wcale tłuszczów. Dr. Warschauer zwraca uwagę na różne postacie dyspepsyi, przeciw któréj przeważnie prelegent dyjetę swą ustanowił, oraz na skuteczność t. zw. kuracyi mlecznéj. Dr. Smoleński nie może się pogodzić z myślą, by dyjeta przez prelegenta proponowana mogła być stósowną i pożyteczną we wszystkich przypadkach dyspepsyi, gdyż pojęcie niestrawności jest bardzo rozległe i w danym przypadku na bardzo różnych może się opierać momentach etyjologicznych: (*dyspepsia nervosa*, niestrawność pochodząca ze skrobiowatego zwyrodnienia naczyń błony śluzowéj żołądka, rozmaitych a nie zawsze jednakich spraw fermentacyjnych w treści żołądkowéj itp.). Z tych przyczyn dyjeta z góry obliczona dla jednych postaci niestrawności, musi być mniéj pożyteczną lub nawet wcale nie odpowiednią w innych, z czego wynika, że w każdym przypadku dyjeta musi być zastósowaną odpowiednio do postaci niestrawności i warunków osobniczych. Dr. Kopernicki sądzi, że o ile dyjeta oparta na ścisłych liczbach co do ilości składników azotowych i bezazotowych w teoryi jest nader ponętną, o tyle w praktyce przeprowadzić żadną miarą się nie daje, tém mniéj, że te same pokarmy mogą coraz to inną przedstawiać wartość odżywczą, stósownie do swego pochodzenia, przyrządzenia itp.

W odpowiedzi zapewnia Dr. Skórczewski, że wszystkie wątpliwości w dyskusyi poruszone ztąd pochodzą, że tylko małą cząstkę odczytał z tego, co nakreślił o zachowaniu się chorych pod względem jedzenia i picia podczas kuracyi zdrojowéj. I tak odczytany ustęp o kuracyjach dyjetetycznych nie może dowodzić, że małą jest ich rozmaitość. Prelegent podniósł tylko własne swoje postępowanie i to tylko w niektórych przypadkach chorobowych, nie przez cały ciąg kuracyi lecz przez 10 lub 14 dni. W tym czasie zwykle prelegent zmienia przepis dyjetetyczny trzy lub cztery razy, potém zaś stara się zostawić choremu zupełną swobodę w wyborze potraw. W zasadzie prelegent zgadza się z wątpliwościami poruszonemi przez Dra Kopernickiego, lecz takowe nie mogą się odnosić do obliczeń wprowadzonych w odczytanéj pracy. Tutaj bowiem nie rozchodziło się o decigramy lecz o dekagramy, czyli nie chodziło o wykazanie dokładnéj wartości odżywczéj pokarmów, lecz o zbliżone wartości całodziennego pożywienia. Różnice w ilościach przytoczonych uważa prelegent za zbyt wielkie, aby szkodzić im mogła niedokładność rachunku, bo gdy człowiek z należytém łaknieniem zjada przeszło 1000 grm. pokarmów azotowych, to przy odczytanéj dyjecie rozpoczyna od 60 grm. Okazanie wartości pokarmów w cyfrach jest zdaniem prelegenta najwięcéj pouczającém i najbardziéj przekonywającém, choćby te liczby nie zupełnie zgadzały się z rzeczywistością, lecz się do niéj tylko zbliżały. Z téj saméj przyczyny nie uwzględniał prelegent oddzielnie tłuszczów, lecz wliczył je do ogólnéj grupy pokarmów bezazotowych, jak to uczynił Beneke w swéj znakomitéj pracy o przemianie materyi. Podniesiona w dyskusyi sprawa dyspepsyi zdaniem prelegenta nie wiele stósować się może do odczytanego przepisu dyjetetycznego, gdyż w przepisie tym uwzględniano głównie, aby jeść tylko tyle i takich potraw, które żołądek jest w stanie sobie przyswoić, i z których ustrój najwięcéj odnosi korzyści, czyli aby w podawaniu

pokarmów unikać niepotrzebnych bodźców mechanicznych i chemicznych. Postępowanie takie zdaniem prelegenta w każdym przypadku osłabionéj czynności żołądka musi być pożądaném. Nareszcie oświadcza, że odczytany przykład tego rodzaju postępowania modyfikuje się w miarę potrzeby.

Na tém posiedzenie zakończono.

Sekretarz *Dr. Smoleński.*

VI. Hippokrata:

O powietrzu, wodach i miejscach.

Z greckiego przełożył
prof. Dr. Józef Oettinger.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

8. O wodach zaś deszczowych i ze śniegu opowiem, jak się rzecz ma. Owóż deszczowe są najlżejsze i najsłodsze i najcieńsze i najjaśniejsze, naprzód bowiem słońce oddziela i odrywa od wody, co jest najcieńszego i najlżejszego, jawném to czynią sole; co bowiem słone, pozostaje tu dla gęstości i ciężkości i staje się solą, co zaś najcieńsze porywa słońce dla lekkości, oddziela je zaś nie od wód tylko bagnistych, lecz i od morza i od wszystkiego, w czém tylko jest cokolwiek wilgoci, jest zaś w każdéj rzeczy i z ludzi samych wyciąga z cieczy co najcieńsze i najlżejsze. Największy zaś dowód z tego, że gdy człowiek na słońcu się przechadza lub siedzi odziany, to część powierzchni, na którą słońce poziera, nie zapoci się, słońce bowiem porywa ukazujący się pot, co zaś ochronione jest odzieżą lub czémbądź innéni poci się; co bowiem słońce oddziela i pokonywa, to osłona zachowuje, iż nie znika od słońca; jak skoro zaś do cienia się dostanie, całe ciało jednako zwilgnie, już bowiem słońce więcéj nie oświeca. Dlatego też z pośród wód najprędzéj gnije i cuchu nabiera złego deszczowa, iż z bardzo wielu rzeczy jest zebrana i zmięszana, skąd jak najprędzéj zgniliznie ulega.

Oprócz tego jeszcze, jak skoro to, co się naokoło zebrało i pomięszało, porwane i uniesione będzie w powietrze, to męty i brud wydzielają się i odłączają i tworzą parę i mgłę, pozostaje mu zaś co jest najcieńsze i najlżejsze i słodnieje palone i gotowane od słońca, bo i zresztą wszystko gotowane zawsze słodnieje.

Owóż dopóki ono jest rozproszone i nie zgęstniało, unosi się wysoko. Jeżeli się zaś gdzie nagromadzi i skupi w sobie nagle od wiatrów nawzajem przeciwnych, wtedy spadnie tam, gdzie się skupiło najwięcéj. A wówczas podobno najprędzéj się to wydarzy, gdy chmury od stojącego wiatru nie pędzone i nie poruszone nagle uderzy wiatr przeciwny i inne chmury. W tém miejscu naprzód się skupia, z tyłu coraz więcéj napływa i tak gęstnieje i czernieje i skupia się w sobie i od ciężaru spada i deszcz powstaje. Taka woda podobno jest najlepsza, winna jednak być odgotowana i od zgnilizny ochroniona, inaczéj nabiera przykrego cuchu i nabawia pijących chrypki i grubego głosu. Wody zaś ze śniegu i lodów wszystkie złe, albowiem gdy raz zmarzną, już do dawnéj przyrody więcéj nie powracają, lecz część ich jasna i lekka i słodka wydziela się i znika a co najmętniejsze i najcięższe pozostaje. Poznasz to w ten sposób: jeżeli zechcesz, dopóki zima, nalawszy do naczynia miarę pewną wody wystawić ją na powietrze, aby zmarzła zupełnie, a potém nazajutrz wniósłszy do ciepła, gdzie się lód zupełnie roztopi, jak skoro rozpuści się już zupełnie, przemierzyć powtórnie wodę, znajdziesz mniéj o wiele. Jest to dowodem, że od zmarznięcia znika i wysycha co najlżejsze i najcieńsze, a nie co najcięższe i najgrubsze, jest bowiem rzecz niepodobna. Dlatego mniemam najgorszemi takie wody ze śniegu i lodu i w ślad za niemi idące do wszelakiego użytku. Co do wód deszczowych więc i ze śniegu i lodu tak się rzecz ma.

9. Na kamień jak najbardziéj cierpią i zapaleniom nerek i rzeżączce ulegają i bólom kulszowym i przepukliny powstają, gdzie się pija wody jak najróżnorodniejsze i z wielkich rzek, do których inne wpadają i z bagna, do którego liczne i różnorodne ścieki spływają i ci co używają wód napływowych bieżących z daleka a nie z bliska. Nie podobna bowiem, aby jedna woda równała się drugiéj, lecz jedne są słodkie, drugie słone i hałunowe, inne znowu z ciepłych źródeł płyną, zmięszane zaś razem zakłócają się nawzajem i przemaga zawsze silniejsza, nie zawsze jednak przemaga to samo, ale coraz co innego według wiatrów; téj albowiem wiatr północny przewagę nadaje, owéj południowy i zresztą taka sama jest sprawa. Osadzają się więc takim koniecznie w naczyniach męty i piasek i od takiego picia powstają choroby przerzeczone, że zaś nie u wszystkich, następnie wyjaśnię. Owóż mający brzuch wolny i zdrowy a męcherz nie zaogniony, ani też ujście męcherza bardzo ścieśnione, łatwo mocz oddają a w męcherzu nic się nie zgęszcza; u których zaś brzuch jest zaogniony, to koniecznie i męcherz tego samego doznaje; jak skoro więc po nad przyrodę się rozgrzeje, zapali się też jego ujście a gdy temu ulegnie, nie wypuści moczu, ale w sobie go zwarzy i spali. I część jego najcieńszą oddzieli i co najczyściejsze wyjdzie i z moczem się wypuści, co zaś najgrubszego i najmętniejszego zetnie się i skrzepnie, jest to naprzód drobne, potém się zwiększa; toczone bowiem od moczu, co grubego się podstoi, łączy się z sobą i tak się powiększa i twardnieje. A jak skoro mocz odchodzi wysuwa się ku ujściu męcherza moczem popychane i tamuje mokrzenie i silny ból sprawia, tak że dzieci chore na kamień części wstydne drapią i szarpią, zdaje im się bowiem, że tu tkwi przeszkoda mokrzenia. Dowodzi zaś, że tak się rzecz ma, iż chorzy na kamień oddają mocz jasny, bo co najgrubsze i najmętniejsze pozostaje i gęstnieje; owóż część największa tak się kamienia nabawia. Powstaje też u chłopiąt z mleka, jeżeli nie jest zdrowe, lecz ciepłe bardzo i żółciowe, rozgrzewa ono bowiem brzuch i męcherz, tak że mocz spalony temu ulega. I twierdzę, że lepiéj jest dzieciom podawać wino jak najbardziéj rozwodnione, mniej bowiem żyły rozognia i wysusza. U dziewcząt kamienie w równéj mierze nie powstają, cewka bowiem moczowa jest krótka i obszerna, łatwiéj więc mocz wypuszcza, ani też ręką nie drapie części wstydnych jak chłopię, ani chwyta za cewkę moczową, bo ujście wprost aż po części wstydne i razem z niemi się otwiera (mężczyźni zaś nie mają przepustu tuż wprost i dlatego ich cewki są nieobszerne), piją téż więcéj niż chłopcy. Owóż tak się z tém ma lub blisko tak.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie departamentu V Wydziału Krajowego.

Otrzymaliśmy sprawozdanie departamentu V Wydziału krajowego, wypracowane dla sejmu przez członka Wydziału Dra Franciszka Hoszarda. Ponieważ sprawozdanie to mieści w sobie dużo szczegółów, obchodzących ogół lekarzy, podamy z niego ustępy ważniejsze, już to dosłownie już też w streszczeniu:

Koszta sanitarne. Odezwą z dnia 14 października 1879 l. 48.837 (LW. 42.000) zawiadomiło nas c. k. Namiestnictwo, że c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych reskryptem z dnia 24 września 1879 l. 10.493 zarządziło, ażeby: „od 1 października 1879 r. koszta podróży i dyjet lekarzy przez administracyję państwową stale ustanowionych, lub téż przez nią z powodu „epidemii lub epizoocyi, ze względów powszechnych publicznych, „czasowo użytych, na skarb państwa przyjęte były.“

Do dnia 1 października r. 1879 ponosił, tytułem wydatków sanitarnych w chorobach pospólnych ludzi i zwierząt domowych, skarb państwa $^2/_3$ kosztów za lekarstwa i całe dyjety lekarzy, resztę zaś kosztów, to jest $^1/_3$ za lekarstwa i całe koszta podróży dla lekarzy (milowe i pocztowe), płacił fundusz krajowy.

Z polecenia Wysokiego Sejmu domagał się Wydział krajowy od r. 1872 kilkakrotnie, ażeby skarb państwa ponosił wydatki sanitarne w Galicyi w całości lub przynajmniéj w znaczniejszéj części, tak jak je ponosi w innych krajach koronnych.

Wyżéj przytoczone rozporządzenie c. k. Ministerstwa jest owocem tych starań i będzie miało ten skutek, że rubryka piąta w budżecie krajowym „koszta sanitarne“ zmniejszy się rocznie w przecięciu o przeszło 33.000 złr.

Koszta podróży lekarzy w epidemijach i epizoocyjach w ostatnich pięciu latach wynosiły kwotę 168.470 złr., tj. rocznie w przecięciu 33.694 złr. Te ponosi od 1 października 1879 r. już skarb państwa.

Koszta szczepienia ospy. Na posiedzeniu w dniu 18 października 1878 powziął Wysoki Sejm następującą uchwałę: „Sejm wzywa Wydział krajowy, ażeby w granicach przyznanego mu wpływu na sprawę szczepienia ospy starał się o ograniczenie wydatków, o ile to stać się może bez nadwerężenia zamierzonego celu, tudzież aby wziął na uwagę, czy nie dałoby się to osiągnąć przez wyjednanie stósownych zmian w instrukcyi, a mianowicie przez szczepienie w jednéj miejscowości dzieci z kilku gmin przyległych i przez przyznanie wpływu na tę sprawę Wydziałowi powiatowemu.“

Okólnikiem c. k. Namiestnictwa z dnia 29 grudnia 1874 l. 61.085 zarządzone zostało w Galicyi i w Wielkiém Księstwie krakowskiém coroczne szczepienie ospy ochronnéj. Stało się to za wolą Wysokiego Sejmu w porozumieniu z Wydziałem krajowym i zgodnie ze zdaniem c. k. krajowéj Rady zdrowia. Od roku tedy 1875 odbywa się w kraju naszym szczepienie rok rocznie, przez co koszta znacznie się wzmogły, a kwestyja zmniejszenia ich stała się przedmiotem obrad na każdorazowéj sesyi sejmowéj. Rokowania, jakie Wydział krajowy z polecenia Wysokiego Sejmu z c. k. Namiestnictwem w téj sprawie przeprowadzał, miały na celu osiągnąć w wydatkach możliwą oszczędność, a miały ten skutek, że pierwotny okólnik z 29 grudnia 1874 r. zastąpiono instrukcyją z dnia 11 kwietnia 1876 r. l. 16.727, która do dnia dzisiejszego obowiązuje i wedle zdania naszego odpowiada celowi i stosunkom kraju naszego.

W wykonaniu powyżéj przytoczonéj uchwały Wysokiego Sejmu, niemniéj w dalszym ciągu dążenia do oszczędności, odniósł się Wydział krajowy do c. k. Namiestnictwa z prośbą: 1) ażeby nam zechciało wyjaśnić, z jakich powodów w §. 14 instrukcyi, a właściwie w okólniku c. k. Namiestnictwa do Panów Starostów z dnia 11 kwietnia 1876 l. 16.727 wypuszczony został ustęp, upoważniający do obecności podczas szczepienia ospy w miarę możności także delegata Wydziału powiatowego, który to ustęp znajdował się w §. 14 pierwotnéj instrukcyi z dnia 29 grudnia 1874 l. 61.085; 2) ażeby zarządziło, by okręgi szczepienia ospy, według możności zmniejszone zostały i ażeby nas o każdém utworzeniu nowego jako téż o zmianie dawnego okręgu zawiadomiono, podając nazwiska, tudzież miejsce zamieszkania lekarzy, przeznaczonych do szczepienia dla każdego okręgu, gdyż w roku 1878 nie otrzymaliśmy takiego zawiadomienia; 3) ażeby rewizyje szczepionych dzieci tylko raz do roku się odbywały i ażeby lekarze powiatowi przedsiębrali superrewizyję tylko przy sposobności, ile możności bez zarachowania kosztów podróży; w końcu 4) ażeby poleciło c. k. Starostom, by nie delegowali do szczepienia ospy lekarzy z odległych powiatów. Odezwą tą udzieliliśmy c. k. Namiestnictwu także całą uchwałę Wysokiego Sejmu z dnia 18 października 1878, nie poruszyliśmy jednak osobno sprawy szczepienia w jednéj miejscowości dzieci z kilku gmin przyległych, a to dla tego, że sprawę tę uważaliśmy za stanowczo załatwioną uchwałą Wysokiego Sejmu z dnia 25 maja 1875, wzywającą Wydział krajowy do rokowań z c. k. Rządem, „ażeby zatrzymano dotychczasowy objazd lekarzy po wsiach przy „szczepieniu ospy i nie wprowadzano okręgów szczepienia z obowiązkiem zwożenia dzieci w miejsca zborne konkurencyjne“ — zwłaszcza że w myśl téj uchwały przeprowadziliśmy już rokowania z c. k. Namiestnictwem, które zgodnie z opinią c. k. Rady zdrowia, jak w pierwszéj instrukcyi z roku 1874, tak w drugiéj z roku 1876, poleciło lekarzom „aby celem dokonania szczepienia do każdéj miejscowości dojeżdżali.“

W odpowiedzi otrzymaliśmy pismo z d. 18 grudnia 1878 l. 62.331, w którém c. k. Namiestnictwo wszelkie pytania, życzenia i projekty w sprawie szczepienia ospy ochronnéj przez nas poruszone, z wyczerpującą dokładnością omawia i wyjaśnia. Mianowicie c. k. Namiestnictwo w téj odezwie twierdzi, że przestrzega z wszelką ścisłością, by koszta szczepienia były jak najmniejsze i na dowód przytacza okólnik do Panów Starostów w r. 1877. l. 14.377 wydany; tłumaczy wzmożenie się kosztów okolicznością, że lud przezwyciężywszy niechęć liczniéj się do szczepienia garnie; oświadcza, że §. 14 pierwotnéj instrukcyi przyznający prawo kontroli delegatom Wydziałów powiatowych nie przestał obowiązywać; dowodzi, że zmniejszenie okręgów szczepienia czyli pomnożenie ich liczby pomnożyłoby koszta; konstatuje, że superrewizyja przez lekarzy powiatowych odbywa się tylko w wyjątkowych przypadkach, i że w r. 1878 tylko w jednym przypadku poruczono szczepienie lekarzowi, który w czasie między poleceniem a wykonaniem przeniesiony został do innego, odleglejszego powiatu; wyświeca, że znoszenie dzieci z kilku gmin przyległych do jednéj miejscowości środkowéj, nie tylko kosztów nie zmniejszy, lecz mogłoby dopięcie celu zaszczepienia jak największéj ilości dzieci nie tylko utrudnić, lecz nawet uniemożliwić; przypisuje zmniejszenie się epidemii ospy w ostatnich latach i usunięcie tylu nieszczęśliwych następstw téj choroby, jak np. oślepnięcia itd. przeważnie dokładniéj wykonanemu szczepieniu, do czego się obowiązująca instrukcyja znacznie przyczyniła; nie widzi przeto potrzeby jakichkolwiek zmian w téj instrukcyi i sądzi, że należy ją jeszcze przez lat kilka niezmienioną pozostawić. W zaprowadzeniu lekarzy miejskich i gminnych widzi c. k. Namiestnictwo środek oszczędności dla funduszu krajowego. Ponieważ zaś zaprowadzenie lekarzy w gminach wiejskich natrafiłoby na trudności, radzi dążyć do ustanowienia tylko lekarzy miejskich. Nareszcie udziela nam c. k. Namiestnictwo w odpisie okólnik, który w dniu 31 stycznia 1879 l. 62.331 do wszystkich panów c. k. Starostów wydało, w celu nowego podziału powiatów na okręgi szczepienia, wskazania lekarzom porządku, w jakim dojeżdżać mają do pojedynczych miejscowości i oznaczenia miejscowości, w któréj krowiankę założyć powinni. Aby ułatwić kontrolę nad czynnościami lekarzy, załącza formularz, według którego mają być przy partykularzu przedkładane potwierdzenia z odbytego szczepienia. Między potwierdzającymi znajduje się w rubryce trzeciéj delegat Rady powiatowéj obok duszpasterza i wójta.

Ponieważ Wydział krajowy zapatrywania c. k. Namiestnictwa na sprawę szczepienia ospy ochronnéj, wyrażone w powyżéj w streszczeniu przytoczonéj odezwie, prawie w zupełności podziela i nie uznaje na teraz potrzeby zmiany instrukcyi, zwłaszcza że ingerencyja Wydziałów powiatowych przy kontroli szczepienia, jak to rezolucyja Wysokiego Sejmu żądała, jest §fem 14 instrukcyi zapewnioną, a formularzem poleconą, że do tego c. k. Namiestnictwo ściśle przestrzega, iżby koszta szczepienia wypadły jak najmniejsze, przeto nie wnosimy na stół Wysokiéj Izby żadnego przedłożenia w sprawie szczepienia ospy, lecz ograniczyliśmy się do wydania okólnika do wszystkich Wydziałów powiatowych wzywając je, ażeby z prawa kontroli, nadanego §fem 14 okólnika c. k. Namiestnictwa z 20 grudnia 1874 l. 61.088, delegatom Wydziałów powiatowych, użytek robiły, nie tamując jednak czynności lekarzy szczepiących.

W skutek tego okólnika przedłożył Wydział Rady powiatowéj w Pilznie sprawozdanie, w którém doniósł nam, że wysłanie delegatów do kontroli szczepienia okazało się niemożebném, gdyż żaden z członków Rady powiatowéj nie chciał podjąć się téj długotrwałéj, mozolnéj i ze znacznemi kosztami połączonéj delegacyi, bez wynagrodzenia przynajmniéj kosztów podróży. Wydział krajowy odpowiedział Wydziałowi powiatowemu, że

§. 14 okólnika c. k. Namiestnictwa z dnia 29 grudnia 1874 l. 61.085 przyznaje prawo kontroli podczas szczepienia ospy także delegatowi Wydziału powiatowego; dla tego téż wezwaliśmy wszystkie Wydziały powiatowe okólnikiem naszym z dnia 4 marca 1879 l. 3345, ażeby z prawa tego użytek robiły, nie tamując jednak czynności lekarzy przez nieprzybycie delegata Wydziału powiatowego na miejsce szczepienia. Już w tym okólniku wskazano najwyraźniéj, że delegat powinien być albo w miejscu szczepienia, albo w najbliższéj okolicy zamieszkały, ażeby kontrola mogła być wykonywaną bez straty czasu i uciążliwego trudu, gdyż za czynność tę żadne wynagrodzenie z jakiegobądź publicznego funduszu przyznaném być nie może. Mylne jest zatém zdanie Wydziału powiatowego, jakoby delegatem musiał koniecznie być członek Rady powiatowéj, który naturalnie mając sobie przydzielone wszystkie albo kilka miejscowości do kontroli, potrzebowałby dłuższego czasu i byłby narażony na znaczne wydatki. Przeciwnie Wydział powiatowy może delegatami takimi w zastósowaniu postanowienia §. 37 ustawy o Reprezentacyi powiatowéj mianować jakiekolwiek osoby, posiadające zaufanie Wydziału powiatowego, a przedewszystkiém zaleciłby wypadało przełożonych obszarów dworskich dotyczącéj miejscowości, którzy, tuszymy sobie, podejmą się w interesie dobra publicznego tego, nie połączonego z kosztami nieznacznego trudu. O tém postanowieniu zawiadomiliśmy równoczesnym okólnikiem wszystkie Wydziały powiatowe.

Co do wniosku c. k. Namiestnictwa, ażeby w drodze ustawodawstwa krajowego włożyć na każde miasto i miasteczko obowiązek utrzymywania lekarza miejskiego, któryby czynności szczepienia w mieście bezpłatnie wykonywał, przedstawia się nam sprawa jak następuje: Z porównania wykazu urzędowego lekarzy miejskich z wykazem miast i miasteczek, sporządzonym przez biuro statystyczne, okazuje się, że mamy w kraju pomiędzy 90 miastami i 208 miasteczkami, tylko 64 miast i 45 miasteczek, które utrzymują dobrowolnie swoich własnych lekarzy miejskich; reszta 26 miast i 163 miasteczek nie utrzymuje lekarzy. Utrzymują własnym kosztem lekarzy miejskich **miasta**: Biała, Kęty, Oświęcim, Bochnia, Brody, Jazłowiec, Lubaczów, Czortków, Dobromil, Drohobycz, Biecz, Gródek, Ciężkowice, Jarosław, Jaworów, Busk, Kamionka strumiłowa, Kołomyja, Krosno, Lisko, Kraków, Lwów, Jaryczów, Mościska, Sądowa Wisznia, Jordanów, Myślenice, Nowy Sącz, Stary Sącz, Nowytarg, Brzostek, Pilzno, Przemyśl, Rohatyn, Ropczyce, Komarno, Rzeszów, Sambor, Rymanów, Sanok, Śniatyn, Bełz, Sokal, Halicz, Stanisławów. Starasól, Staremiasto, Stryj, Tarnopol, Tarnów, Tyśmienica; Trembowla, Wadowice, Zator, Dobczyce, Podgórze, Skawina, Wieliczka, Zaleszczyki, Zbaraż, Złoczów, Żółkiew, Mikołajów i Żywiec. **Miasteczka**: Chodorów, Założce, Brzesko, Wojnicz, Brzeżany, Buczacz, Chrzanów, Szczucin, Bolechów, Dolina, Gorlice, Grybów, Horodenka, Radymno, Sieniawą, Frysztak, Jasło, Radziechów, Dukla, Żmigród, Baligród, Lutowiska, Ustrzyki dolne, Leżajsk, Łańcut, Nadwórna, Muszyna, Podhajce, Niżankowice, Bołszowce, Bursztyn, Sędziszów, Rudki, Zabłotów, Baranów, Rozwadów, Tarnobrzeg, Tuchów, Żabno, Turka, Andrychów, Kulików, Mosty wielkie, Rozdół i Żurawno. Z uwagi, że te 189 miast i miasteczek, które nie utrzymują własnym kosztem lekarzy miejskich, po największéj części tylko dla tego tego nie czynią, bo fundusze miejskie na to nie pozwalają, z uwagi, że mieszkańcy tych gmin małomiejskich co do zamożności na równi stoją z mieszkańcami gmin wiejskich, z uwagi, że przy równouprawnieniu stanów i obywateli nie ma podstawy do tego, aby pewne ciężary — w obecnym przypadku utrzymywanie lekarza gminnego — tylko na pewną część mieszkańców kraju — w tym przypadku na małomieszczan, choćby dla ich własnego dobra, nakładano, a od lekarzy trudno żądać, iżby obowiązki lekarzy gminnych bezpłatnie wykonywali, Wydział krajowy nie podnosi téj myśli przez c. k. Namiestnictwo poruszonéj, lecz poprzestaje na obowiązującém zarządzeniu, mocą którego należy do obowiązków lekarzy miejskich szczepić bezpłatnie dzieci miasta swojego, rozumie się w tych miastach, które uznały za stósowne mianować lekarza miejskiego.

Fundusze szpitali krakowskich. Na posiedzeniu z dnia 30 września 1878 Wysoki Sejm uznając za usprawiedliwione rozpoczęcie budowy domu gospodarskiego przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie i przyjmując do wiadomości użycie tymczasowe na koszta téj budowy reszty kapitałów szpitalnych, powziął zarazem uchwałę następującą: „Poleca się Wydziałowi krajowemu, ażeby czy to przez umyślną komisyję, czy w innéj drodze zbadał gruntownie cel i przeznaczenie wszystkich fundacyj i legatów, należących do szpitali św. Łazarza i św. Ducha w Krakowie i przedstawił wynik tego badania na najbliższéj sesyi sejmowéj wraz z umotywowanym projektem podziału tego majątku między oddziały szpitalne, daléj ażeby wyświecił stosunek funduszu krajowego do majątku tychże szpitali; ażeby przedstawił dokładny rachunek kosztów budowy i to oddzielnie dwóch pawilonów szpitalnych i pawilonu dla obłąkanych, budynku administracyjnego i gospodarskiego; ażeby wyjaśnił, na jakich funduszach ciąży obowiązek opędzenia kosztów budowy każdego z tych budynków; ażeby nakoniec podał projekt refundowania naruszonych kapitałów szpitalnych, o ile to wynika z pierwiastkowych fundacyj.“

Pierwszy ustęp téj uchwały został w części już wykonany. Sprawozdanie bowiem o funduszach szpitali krakowskich, przedłożone w r. 1876, uzupełnione zostało dosłownemi przytoczeniami z aktów fundacyjnych ustępów o właściwym celu i przeznaczeniu fundacyi.

Praca ta jest już gotową. Nie zarządziliśmy jednak dotąd jéj drukowania i nie przedkładamy jéj tego roku Wysokiemu Sejmowi dla tego, że pozostaje ona w tak ścisłym związku z kosztami budowy pawilonów i restauracyi starego gmachu, że osobno traktowaną być nie powinna. Do wykonania reszty ustępów powyższéj uchwały Wysokiego Sejmu potrzebnym jest przedewszystkiém dokładny rachunek kosztów całéj budowy, który dotąd nie mógł być ułożonym.

Budowa nowego szpitala w Krakowie. Budowa dwóch pawilonów dla chorych, pawilonu dla obłąkanych i pawilonu administracyjnego, wykończoną została jeszcze w roku 1878. Kolaudacyja tych budowli przeprowadzoną została w marcu i kwietniu r. 1879, a komisyja kolaudacyjna uznała, że „w ogóle wszystkie roboty są wykonane dobrze i z dobrych materyjałów, na podstawie zatwierdzonych planów.“ Oba pawilony dla chorych zajęte już były w ciągu zimy 1878 i okazały się celowi swemu odpowiednie. Pawilon dla obłąkanych służył w r. 1878 na pomieszczenie dotkniętych nagminną gorączką powrotną; po wygaśnięciu epidemii musiał być przeto odwietrzony i odpowiednio przyrządzony na przyjęcie chorych obłąkanych. Ostateczne opróżnienie lokalności szpitala św. Ducha i przeniesienie chorych do szpitala św. Łazarza nastąpiło z końcem marca 1879. W tymże czasie została oddaną na użytek część domu gospodarskiego, mianowicie kuchnia i machina parowa z wodociągami. W jesieni roku 1879 wykończono pralnię i łazienki i oddano do użytku cały dom gospodarski.

(Ciąg dalszy nastąpi).

* Wydział krajowy przedkłada Sejmowi w d. 8 bm. zbierającemu się następujące wnioski: 1) Wniosek w przedmiocie statutu dla zdrojowiska Krynica-Słotwiny. Statut ten umieściliśmy dosłownie w Nrze 36 Przeglądu Lek. z r. 1878. We wniosku tegorocznym zaszły następujące zmiany: Statut składa się obecnie z 15 paragrafów (zamiast 12 dawniejszych). W §. 3 dodano: Za sprawy zdrojowe uznaje się: *c*) Czuwanie nad tém, aby mieszkania dla gości były zdrowe i dogodne. — W §. 4 dodano: W skład komitetu zdrojowego wchodzi także: *d*) Jeden z lekarzy praktykujących stale w zdrojowisku podczas pory kąpielowéj, a wybrany przez tychże lekarzy na lat trzy.— Wreszcie dodano dwa nowe paragrafy, a mianowicie: §. 5: Właściciel zakładu zdrojowego jest obowiązany mianować i opłacać lekarza zdrojowego, wymienionego w §. 4 lit. *c*) i §. 10: Wysokość opłat i taks w §. 9 lit. *a*) (dawniejszym §. 7 lit. *a*) wyszczególnionych, oznacza na wniosek komitetu polityczna władza krajowa. — 2) Wniosek o kosztach leczenia ubogich. O tym wniosku wspomnieliśmy już w Nrze 21 Przeglądu Lekarskiego.

* W Nrze 10 *Dwutygodnika med. publ.* znajdujemy „Rozporządzenie c. k. Namiestnictwa z d. 8 listopada 1879 do L. 55,225, normujące oględziny ciał zmarłych,“ oraz pierwszą część „Instrukcyi dla oglądaczy zwłok.“ Instrukcyję tę wypracowaną przez kol. Dra Opolskiego znajdzie czytelnik ogłoszoną już w Przeglądzie Lek. z r. 1878 w Nrach 24 i 25 razem

z motywami Rady zdrowia krajowéj. Rozporządzenie zaś Namiestnictwa, jakkolwiek również jest wynikiem przedstawienia Rady zdrowia, jednak dla dokładności podajemy tu dosłownie:

Celem zaprowadzenia jednostajnego postępowania przy oględzinach ciał zmarłych postanawia c. k. Namiestnictwo co następuje:

1. Dla każdej miejscowości ustanowiony być winien oglądacz ciał zmarłych i tegoż zastępca, których reprezentacyja gminy w porozumieniu z obszarem dworskim mianuje, a c. k. Starostwo, po uznaniu ich na podstawie zbadania c. k. lekarza powiatowego za uzdatnionych, zatwierdza i według załączonéj roty zaprzysięga.

2. Gminom położonym w promieniu czterokilometrowym wolno ustanowić wspólnego oglądacza i zastępcę.

Dla miasta Lwowa i Krakowa ustanawia potrzebną liczbę oglądaczy i zastępców Prezydent miasta i odbiera od nich przysięgę.

3. W miejscowościach, w których dyplomowany lekarz stale jest osiedlony, jako téż w miejscowościach nie więcéj niż cztery kilometry od siedziby lekarza oddalonych, ustanowiony być ma oglądaczem, a według możności także zastępcą, lekarz, z wyjątkiem przypadku, gdyby c. k. Starostwo gminę od tego obowiązku z ważnych przyczyn uwolniło.

4. Każde ciało zmarłego bez wyjątku winno być oglądane i może tylko na podstawie karty pośmiertnéj, przez oglądacza wydanéj, w terminie w téj karcie oznaczonym, być pogrzebane.

W tym celu obowiązani są pozostali krewni, domownicy, a w braku jednych i drugich właściciel lub zarządca domu, w którym przypadek śmierci się wydarzył, przy rzetelném podaniu czasu skonu donieść o tém bezzwłocznie oglądaczowi, który najdaléj w 24 godzin, a w przypadkach nagléj śmierci natychmiast do oględzin zwłok przystąpi. W ostatnim przypadku, tudzież w razie znalezienia ciała nieżywego, lub przyjścia na świat dziecięcia nieżywego, należy zarazem zrobić doniesienie przełożonemu miejscowemu.

5. Ciała zmarłych w szpitalu publicznym ogląda lekarz szpitalny i wydaje kartki pośmiertne.

7. Wynagrodzenie oglądacza za trud zależy od umowy z dotyczącą gminą, która porozumie się w tym względzie z obszarem dworskim. Od stron nie wolno oglądaczowi pobierać żadnéj opłaty.

6. Gmina, w porozumieniu z obszarem dworskim, może za potwierdzeniem c. k. Starostwa ustanowić za oglądanie zwłok mierne opłaty, od których jednak ubodzy są wolni. Opłaty te winny być uiszczane wprost do kasy gminnéj i stanowić mają fundusz na wynagrodzenie oglądacza.

8. Załączona instrukcyja wskazuje prawa i obowiązki oglądacza, jakotéż sposób jego postępowania, do któréj ściśle zastósować się winien.

9. C. k. lekarze powiatowi obowiązani są oglądaczy, którzy nie są lekarzami, pouczyć jak najdokładniéj o ich obowiązkach, i o sposobie spełniania ich funkcyj, czynności tychże nadzorować, a uznanych za niezdolnych lub opieszałych w pełnieniu obowiązków przedstawić c. k. Starostwu, celem ich oddalenia i ustanowienia innych oglądaczy.

10. Przekroczenia niniejszego rozporządzenia, o ile nie podpadają powszechnéj ustawie karnéj lub przepisom dyscyplinarnym, karane będą według cesarskiego rozporządzenia z dnia 20 kwietnia 1854 nr. 96 Dz. ust. Państw. *Potocki* w. r.

We Lwowie d. 8 listopada 1879 r.

(Dr. J. B.). Komisyja sanitarna krakowska odbyła dn. 29 maja pod przewodnictwem Dra Warschauera posiedzenie, na którém: 1) Dr. Buszek *a)* podał do wiadomości pismo fabrykanta przyrządów do spuszczania trumien do grobów wraz z cennikiem tychże i wnosił, aby się wstrzymano na teraz z poleceniem nabycia takiego przyrządu, aż do czasu, jak który z członków Komisyi przekona się o praktyczności jego; wniosek przyjęto; *b)* przedłożył wynik rozbioru chemicznego wody ze studni pod l. 328 w dz. I, dokonanego przez Prof. Stopczańskiego, która była kloacznemi ściekami zanieczyszczoną i zawiadomił o środkach, jakie przeciwko temu zarządził Magistrat; *c)* podał do wiadomości, że skonfiskowano flakoniczki szklane, wypełnione sokiem, który według rozbioru Prof. Stopczańskiego zawierał znaczną ilość cukru, nieco wyskoku i znaczną ilość barwiku anilinowego; *d)* odczytał wynik rozbioru skonfiskowanych cukierków mających kształt flakoniczków, zawierających płyn zabarwiony fuksyną; *e)* odczytał opiniję, jaką w imieniu Komisyi wydał Prof. Janikowski i fizyk miejski o planach na pawilon szpitala św. Ludwika dla dzieci chorych na ostre choroby zakaźne namieniając, że galeryja proponowana do połączenia istniejącego budynku z nowym pawilonem będzie zniesioną, jak tylko z czasem nabędzie Towarzystwo grunt koło szpitala dla zbudowania domu administracyjnego; *f)* wreszcie podał szczegóły dotyczące śmiertelności w marcu i kwietniu Umarło 50.5 i 38.6 na rok 1000 mieszkańców a blisko połowa wszystkich zmarłych zginęło w tymże czasie z chorób narządu oddechowego. Z chorób zakaźnych umarło znacznie mniéj, niż w innych miesiącach, bo zaledwie około 12%. Z ospy umarło osób 15, względnie 10. W ostatnich czasach pojawia się częściéj płonica i dur osutkowy, zawlekany z sąsiednich wiosek. Śmiertelność także pomiędzy wojskiem w tym roku jest o wiele znaczniejszą, przeważnie z chorób narządu oddechowego. Zmiera najwięcéj żołnierzy w 2 roku służby, zkądby wnosić należało, że do wojska bywają asenterowani także nierozwinięci należycie, którzy nie są w stanie znosić bezkarnie trudów wojskowych. Ku lepszemu zdaje się postępować sprawa w tym kierunku o tyle, że w r. b. asenterowano o wiele oględniéj, skoro brakło 20 do pokrycia przeznaczonéj liczby rekrutów. 2) Dr. K. Grabowski podał niektóre uwagi nad ogłoszeniem lwowskiém, dotyczącém policyi sanit. przeważnie nad pokarmami i napojami i zalecił takowe zużytkować dla mieszkańców Krakowa. Nad tym przedmiotem wywiązała się dłuższa rozprawa co do fałszowania i sprzedaży bezprawnéj rozmaitych artykułów aptecznych po handlach i kramach, przy czém okazano blankiety na pozwolenie do nabywania trucizn. 3) Dr. Korczyński wnosi: *a)* aby przedstawić Radzie miejskiéj potrzebę nakazania właścicielom domów, ażeby doły kloaczne przepuszczające bezzwłocznie na cemencie wymurowali; *b)* aby Radzie miejskiéj przedstawić potrzebę zaprowadzenia powszechnego czyszczenia miasta tylko przez straż czyszczenia miasta; *c)* aby zapytano Magistrat, czy nabyto pompę ssącą dla wyciągania nieczystości kloacznych; *d)* aby Magistrat polecił bezzwłocznie wychodki w piwiarniach, restauracyjach i w ogóle w budynkach publicznych należycie odwietrzać; *e)* aby ulice zamiatano w stosowniéjszéj porze, a nie wtedy, gdy najwięcéj publiczności przechodzi; *f)* aby rumowisko i piasek wywożono w wozach szczelnych; *g)* aby planty częściéj skrapiano. Wnioski powyższe przyjęto, wraz z wnioskiem Rad. Trauczyńskiego, aby planty powoli obsadzono żywym płotem, jako najlepszą tamą przeciwko zakurzaniu plant prochem z ulic.

* Rektor Uniw. wiedeńskiego prof. Brücke oświadczył się w Izbie Panów za utworzeniem w Austryi Izb lekarskich; w Izbie niższéj zaś poseł Dr. med. Wiedersperg wypracował projekt ustawy, który został wydrukowany i rozdany pomiędzy posłów.

* W Saksonii, w Szląsku pruskim i innych prowincyjach pruskich ogłoszono instrukcyje dla akuszerek, mające na celu zapobieganie gorączce połogowéj. Czytelnicy tygodnika naszego przypomną sobie, że w państwie austryjackiém, a w szczególności w Galicyi, podobna instrukcyja już dawno ogłoszoną została.

Statystyka epidemij. Ospa w tygodniu 20 nieco się zmniejszyła w Londynie, umarło 8, zapadło 36, leczyło się w szpitalach 100. W Wiedniu umarło 9, w Bukareszcie 12, w Budapeszcie 20, w Pradze 31, w Paryżu 71, w Madrycie 22. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 33, w Petersburgu 49. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 44, z duru powrotnego 45. Odra rozszerzyła się bardziéj w Madrycie, płonica w Stokholmie. W tygodniu 21 umarło w Krakowie: 1 z ospy, 3 z płonicy, 2 z dławca, 2 z czerwonki, a doniesiono: o 4 przypadkach ospy (z Podbrzezia, z ul. Wielickiéj l. 32 i zkąd?), 1 dławca (zkąd?) 1 krztuśca (z Rybaków), 4 duru osutkowego (z Podgórza, z ul. Szerokiéj, ze Smoleńska l. 65, ze szpitala św. Łazarza.)

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 20 umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 22,8; we Lwowie 45,6; w Warszawie 22,9; w Poznaniu 34,0; w Wiedniu 33,7; w Budapeszcie 41,2; w Pradze 53,6; w Berlinie 26,6; w Wrocławiu 28,3; w Dreźnie 30,3; w Mnichowie 38,4; w Lipsku 31,4; w Bazylei 26,5; w Brukseli 22,6; w Paryżu 31,6; w Londynie 19,8; w Kopenhadze 27,6; w Stokholmie 27,4; w Chrystyjanii 21,8; w Petersburgu 59,3; w Odesie 39,5; w Wenecyi 26,3; w Bukareszcie 27,8; w Madrycie 40,6; w Barcelonie 19,9; w Aleksandryi 32,9; w Nowym Jorku 29,8; w Bombayu 34,7; w Madrasie 41,2. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 czerwca. Stósownie do uchwały Tow. lek. warszawskiego z dnia 18 maja rb. prof. Łuczkiewicz zaprosił do komitetu, mającego przejrzeć i uzupełnić Słownik lekarski krakowski Drów: Brodowskiego, Chałubińskiego, Dobrskiego, Fritschego, Klinka, Kosmowskiego, Mayzla, Markiewicza, Natansona, Nowakowskiego, Rogowicza, Wł. Stankiewicza, Szokalskiego i Tyrchowskiego. Część psychijatryczna, jak donieśliśmy, już została w osobnym komitecie opracowaną.

* Czwarty wiec stowarzyszeń lek. rakuskich odbędzie się w rb. w dniach 26—28 lipca we Wiedniu, o czém donosi wydział gospodarczy związku stowarzyszeń.

*Dr. Władan Gieorgiewicz, referent sanitarny księstwa Serbskiego, uczeń uniwersytetu wiedeńskiego, rozwija w ojczyźnie swéj wszechstronną czynność z wielką korzyścią dla urządzeń sanitarnych kraju, dotąd pod tym względem mocno zaniedbanego. Pamiętném jest wystąpienie jego w skupczynie i skuteczne obronienie wniosków swoich, mających na celu polepszenie stosunków zdrowotnych. W uznaniu tych zasług fizycy obwodowi serbscy wystósowali do przełożonego swego adres, który zamieszcza w tłumaczeniu *W. med. Presse.* W liczbie 17 fizyków obwodowych X. Serbskiego, podpisanych na tym adresie, znajdujemy trzech rodaków, a mianowicie: Drów Aleksandra Bogdanowicza, Romana Dalmajera i Kazimierza Staniszewskiego, fizyków w Milanowacu, Czupryi i Jagodynie.

* Z powodu osławionego przypadku w Raab, a mianowicie przedwczesnego odcięcia powieszonego w skutek wyroku sądowego Takacsa, który skutkiem tego przyszedł do siebie i żył jeszcze kilkanaście godzin, lekarze sądowi oświadczyli się za tém, aby skazanych na powieszenie nie zdejmowano z szubienicy przed upływem przynajmniéj godziny. Orzeczenia tego snać nie zrozumiał dobrze pewien pandur, który, gdy pewien wieśniak węgierski powiesił się, a żona pospieszyła do reprezentanta bezpieczeństwa publicznego z wezwaniem pomocy, oświadczył, że według najnowszego rozporządzenia każdy powieszony przynajmniéj przez godzinę wisieć musi. Tak podają *W. med. Bl.* za dziennikiem węgierskim *Ellenör.*

* W tygodnikach lek. wiedeńskich pojawił się wykład prof. Nussbauma w Monachijum pt. „Oprawa przeciwgnilna a medycyna sądowa.“ Wykład znakomitego profesora podamy w streszczeniu i poczynimy nad nim uwagi, skoro go tylko poznamy w całości.

* W miejsce czasopisma *„Prager Viertelj. f. prakt. Heilkunde,“* które wychodziło od r. 1844 a przestało wychodzić z początkiem rb., pojawiło się nowe czasopismo pt. *Zeitschrift f. Heilkunde als Fortsetzung der Prager Viertelj. f. p. Heilkunde,*“ które wychodzić będzie co 2 miesiące w Pradze czeskiéj pod redakcyją proff. Halli, Hasnera, Klebsa, Breiskiego i Gussenbauera w 30—40 arkuszach rocznie; w czasopiśmie nowém odpadnie dział analektów.

* Do dnia 29 maja bawiło w Cieplicach czeskich gości kąpielowych 1559.

\+ **Karlsbad** 29 maja. Do dziś dnia było osób 6745, o 1134 więcéj niż do tegoż dnia r. z. Pogoda z ciepłotą do 26° R. dochodząca, w ciągu tygodnia stale sprzyjała, wyjąwszy dzień pierwszy 23/5 pochmurny i dżdżysty z ciepłotą 10° R. w południe.

* **Mianowania i odznaczenia.** Członkiem rzeczywistym Akademii umiejętn. we Wiedniu wybrany został fizyk Mach, rektor uniw. prażskiego a członkiem korespondentem chemik francuski prof. Wurtz w Paryżu.

* **Nekrologija.** We Wiedniu umarł Dr. Rappaport ze Lwowa, znany i jako poeta niemiecki. — W Monachijum umarł b. prof. wydz. lek. Dr. Ringseis, tajny radca i członek Akademii umiejętn., licząc lat 95.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 10: Żulińskiego: O wpływie maszyn do szycia na zdrowie. — W *Medycynie* Nr. 22: Dębczyńskiego: Zapalenie tkanki łącznéj około jelita ślepego itd.; Dymnickiego: Sprawozdanie XXII z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku w r. 1879. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 22: Gliszczyńskiego: Cięcie cesarskie wykonane na żywéj kobiecie w październiku 1878 r.; Wolberga: O wpływie niektórych soli i alkaloidów na trawienie (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Sprawozdanie o rozbiorze chemicznym źródła Wandy na Miodziusiu w Szczawnicy, świeżo dokonanym przez Dra Bronisława Radziszewskiego, Kraków 1880, in 8vo str. 9.

Dra Wład. SCIBOROWSKIEGO: Aleksander Kremer wspomnienie pośmiertne. Kraków 1880, in 8vo str. 20. (Osobne odbicie ze sprawozdania Tow. Dobroczynności).

Sprostowanie. W Nrze 17 Przegl. Lek. w liście szan. kolegi Minkiewicza zamiast Bati ma być: Poti, a zamiast Coheni-Cohab ma być Cheni-Chab (końska woda).

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. T. we Lwowie: Otrzymaliśmy i umieścimy chętnie.— **Dr. B. w Londynie:** Otrzymaliśmy i umieścimy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KARLSBAD

Dr. Med. Hassewicz.

Lekarz ordynujący w Karlsbadzie udzielać będzie porady lekarskiéj przez cały sezon kuracyjny w mieszkaniu: **Zum Tempel.**

ZAKOPANE

Zakład wodoleczniczy

(hidryatyczny)

u podnóża **Tatrów**, otwarty został na tegoroczną porę kąpielową dnia **1 Czerwca b. r.**

Kierownictwo lekarskie w Zakładzie objął w tym roku specyjalista wodolekarz **Dr. Wenanty Piasecki**, b. prezes Tow. hidropatów ze Lwowa, który (będąc już w Zakopanem) na żądanie udziela listownie bliższych objaśnień i rozsyła gratis drukowane prospekta.

ROŻNÓW

na Morawie

Dr. wszech nauk lekarskich

BRUNO SCHUPPLER

fizyk miejski i lekarz zdrojowy

udziela o tém zdrojowisku wszelkich żądanych wyjaśnień.

Zakład zdrojowy

TRUSKAWIEC

zostaje otwartym 20 maja 1880 r.

Kąpiele słono-siarczane i żelazisto-słono-siarczano-szlamowe, słono-alkaliczne zdroje rozrzedzające do picia. — Zdrój, zwany naftowym, znany ze swéj skuteczności.

Żętyca owcza, zapas wód lekarskich obcych, restauracyje i cukiernia.

Odległość zakładu od stacyi kolejowéj Drohobycz jedna mila. Na dworcu znajdują się podwody wszelkiego rodzaju, zarząd przyjmuje także zamówienia na takowe. — Apteka, urząd pocztowy i telegraficzny w miejscu.

Lekarz zakładu Dr. **Z. RIEGER**, krajowy radca zdrowia.

Zamówienia na pomieszkania mogą być o tyle uwzględniane, o ile dołączony zadatek ubezpiecza czas najmu.

Zarząd.

Dr. Zdzisław Nieszkowski

podczas sezonu letniego będzie ordynował

W SZCZAWNICY

a podczas sezonu jesiennego

W MERANIE.

WODY LEKARSKIE

Fabryka parowa wód gazowych

K. Rzący w Krakowie

wyrabia gazowe wody lekarskie według przepisów podanych przez **Komisyję balneologiczną Tow. lek. krakowskiego.** Wody te odznaczają się wielką skutecznością, taniością i przyjemnym smakiem.

Woda selcerska. Nieoceniony środek w katarach płuc i zastarzałych kaszlach.

Woda litowa w artrytyzmie, w nieżytach pęcherza, przeciw piaskowi i kamieniom moczowym z wielkim skutkiem używana. Lek prawie pewny w tych cierpieniach.

Woda z pyrofosforanem żelaza. przeciw ogólnemu osłabieniu niedokrewności i blednicy wyłącznie używana.

Woda gorzka gazowa! Wyszczególnia się najkorzystniéj pośród wszystkich wód gorzkich łagodnym smakiem i wybornym skutkiem, zaleca się w katarze żołądka i kiszek, uporczywém zaparciu stolca, w zastoinach krwi i nawałach jéj do szlachetnych organów, w hemoroidach, w braku apetytu i t. p.

Woda jodowa: przewyższająca wszelkie wody rodzime jod zawierające.

Limonada gazowa, środek przeczyszczający przyjemnego smaku.

Cenniki i rozbiór chemiczny tych wód jakoteż cennik wody sodowéj i limonad gazowych przesyła fabryka na żądanie franco.

Do Pana **K. RZĄCY** właściciela fabryki wód gazowych w Krakowie:

Towarzystwo lekarskie krakowskie, na podstawie orzeczenia Komisyi stałéj, zawiązanéj dla popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów leczniczych, po zbadaniu nadesłanych przez Pana wód gazowych. oraz przekonaniu się o ich skuteczności, tak w **klinice lekarskiéj** Prof. Dra Korczyńskiego. jak w **szpitalu św. Łazarza w oddziale** Docenta Dra Pareńskiego, uznało takowe jako zasługujące na polecenie, gdyż skład ich podany przez **Komisyję Tow. lek. krak.** odpowiada najzupełniéj zasadom naukowym i prawidłom farmakotechnicznym, a zarazem wody te nawet po dłuższém przechowaniu nie zmieniają swych własności fizycznych, a zatém nie tracą nic na skuteczności.

Wszczególności zaś:

Woda selcerska sztuczna, odznacza się smakiem przyjemnym co do skuteczności nie ustępuje bynajmniéj wodzie naturalnéj, co do ceny zaś jest od niéj o wiele tańszą.

Woda gorzka gazowa, ma tę zaletę przed wodami gorzkiemi rodzimemi, że w smaku jest znacznie przyjemniejszą a równie skuteczną.

Woda z pyrofosforanem żelaza, zawierając nawet znaczną ilość środka dzielnego przyswaja się łatwo i dobrze znoszoną bywa nawet przez chorych z wrażliwym przewodem pokarmowym.

Woda litowa zawiera węglan litowy w ilości daleko znaczniejszéj niżli jakakolwiek ruda mineralna rodzima, nie ustępuje zaś w niczém wodzie litowéj z za granicy sprowadzonéj.

Woda jodowa wreszcie ilością jodu jaką zawiera (1:1000) przewyższa wszelkie wody rodzime jod zawierające i zasługuje na zalecenie, gdyż w téj postaci jodek potasu rychléj bywa wessany i mniéj drażni przewód pokarmowy, niżli w rozczynie w jakim zwykle bywa podawany.

Kraków dnia 21 Maja 1880 r.

Przewodniczący Komisyi
Dr. SCIBOROWSKI.

Prezes Tow. lek. krakowskiego
Dr. WARSCHAUER.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 12 czerwca 1880. № 24. Rok XIX.

TREŚĆ: I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra Madurowicza w Krakowie. MARS. Przebieg endemii goraczki pologowéj w grudniu 1879 r. (C d.)—II. GLÜCK. O istocie przyrzutu szankrowego. —III. *Oceny i sprawozdania:* Prof. HOFMANNA medycyna sadowa. Dra BECKA almanach leczniczy. CLAY i WIGNER. PICK. ROSE. TROMPETTER. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Posiedzenia towarzystw:* Towarzystwo lekarskie krakowkie. — V. *Odcinek:* W sprawie kosztów leczenia szpitalnego. — BLUMENSTOK. Oprawa przeciwgnilna a medycyna sądowa. — OETTINGER. Hippokrata: O powietrzu, wodach i miejscach. (C. d.). — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra Madurowicza w Krakowie.

Przebieg endemii gorączki połogowéj w grudniu 1879 roku.

Opisał Dr. A. Mars
asystent kliniczny.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23.)

P r z y p a d e k 4ty. K. N., 35 lat licząca, stanu wolnego, służąca, rodem z Wiśnicza. Prócz zimnicy żadnéj innéj choroby nie przebyła i czuła się zawsze zdrową. Nigdy nie rodziła ani nie roniła. Miesiączkowała zawsze prawidłowo. Podczas obecnéj 1éj ciąży była zdrową. Do kliniki przybyła 23 listopada podając: że pierwsze bóle wystąpiły tegoż dnia wczas rano. Przy badaniu znaleziono stan następujący: Osoba wzrostu średniego nędznie odżywiona, skóra ziemisto żółtawo zabarwiona. Brzuch wzdęty przez macicę ciężarną objętości końcowi ciąży odpowiadającéj. Położenie płodu nóżkowe II, płód żyjący. Wnijście do pochwy wązkie. Międzykrocze twarde, niepodatne. Pochwa ślizka. W pochwie obie nóżki zgięte niezupełnie w stawie kolanowym, skrzyżowane. Ujście macicy zewnętrzne zupełnie rozwarte. Wody odpływają, kiedy pęcherz pękł podać nie umie.

23/11. g. 11½ wieczorem płód został po pępek dobrowolnie urodzony, wykonano zatém pomoc ręczną. Uwolnienie rączek bardzo trudne, szczególniéj lewéj na główce w okolicy wzgórka kości krzyżowéj zawiniętéj. Drugą, po dokonanym zwrocie ku wygięciu kości krzyżowéj, udało się łatwo uwolnić. Główka wysoko poprzecznie ustawiona. Po kilkakrotném dopiero usiłowaniu sposobem Smelliego modyfikowanym przez K. Brauna, a niesłusznie metodą Smelliego-Veita zwaną, udało się ją sprowadzić do próżni miednicy. Podczas zabiegu omawianego płód robił ruchy oddechowe. Po sprowadzeniu główki do pochwy wytoczono takową szybko na zewnątrz, przyczém obok więzadełka powstało wielkie powierzchowne pęknięcie skóry na międzykroczu i pęknięcie błony śluzowéj w dolnéj trzeciéj części wargi lewéj.

Łożysko całkowite wraz z błonami wygnieciono zwykłą metodą. Krwotoku poporodowego nie było. Na międzykroczu założono dwa szwy.

Syn żywy, donoszony, omdlały, szybko docucony, 3200 grm. ważący, został dnia 8/12, z powodu choroby matki, poprzód sztucznie karmiony, do szpitala na salę mamek przeniesiony.

Tuż po porodzie podano *extractum secalis cornuti* i przeniesiono położnicę w braku innych łóżek na salę południową, tj. salę chorych położnic.

W pierwszych dwu dniach po porodzie chora ma się znośnie, macica tylko jest duża, źle zwinięta, niewyraźnie ograniczona. Odchody prawidlowe. Okład wysychający na brzuch. Trzeciego dnia po porodzie wystąpiła gorączka poprzedzona dreszczem, potém poty. Śledziona powiększona. Narząd płciowy nie okazuje żadnych zboczeń, zatém rozpoznano zimnicę, i podano *chinin*. 27/11. Wyjęto szwy założone na międzykroczu, zagojenie nastąpiło *per primam intentionem*. Owrzodzenie powstałe na wardze lewéj po wyż namienioném pęknięciu błony śluzowéj przedstawia dno czyste. 29/11—2/12. Chora ma się dobrze, dno wrzodu na wardze lewéj pokrywa się żywą ziarniną, od brzegów poczyna się gojenie. 3/12. wystąpiła gwałtowna gorączka, która utrzymuje się aż do 6/12. Równocześnie owrzodzenie na wardze lewéj pokryło się wypociną szarą. Warga lewa mocno obrzękła. Rozpoznano: *infectio, febris puerperalis*.

Dnia tegoż rano wniesiono do sali położnic chorych obie chore na początku wymienione.

Wrzód pomazano półtora chlorkiem żelaza. Chinin. 7/12. Chora ma się ogólnie lepiéj. Ciepłota spadła. Tętno prawidłowe. 8 i 9/12 żali się na ból w okolicy krzyżów, gdzie znaleziono pod skórą dwa ropnie, które pierwszego dnia kataplazmowano, a na drugi dzień przecięto. Chora czuje ulgę, wrzód na wardze lewéj czyści się. Wstrzykiwania do pochwy odwaru kory chinowej, na wrzód wata zamaczana w tymże roztworze. Następnych dni chora nie okazuje żadnych zbo-

czeń miejscowych, czuje się tylko bardzo osłabioną. Polecono dobre odżywianie, przyczém wyzdrowienie postępuje szybko tak, że chora dnia 23/12 wyzdrowiawszy opuściła klinikę.

Przybycie przypadku pierwszego gorączki połogowéj na klinikę zmieniło znacznie stan położnic na innych salach się znachodzących, o których już poprzód namieniono, że prawie wszystkie przedstawiały zboczenia, acz tylko czysto miejscowéj natury. Otóż niebawem po przybyciu na klinikę pomienionéj choréj poczęły jedna za drugą gorączkować wszystkie położnice na klinice. Między temi gorączkowały nietylko takie, u których zmiany miejscowe co dopiero wystąpiły, ale i takie, które pod wpływem leczenia okazywały już znaczne polepszenie. Jako przykład przytaczamy pokrótce następujący:

Przypadek 5ty. S. R., wieloródka, urodziła dnia 29 listopada syna żywego donoszonego. Poród prawidłowy. Po porodzie *atonia uteri*, podano *extractum secalis cornuti*. Następnego dnia wystąpiła bolesnośc w dole brzucha, zwiększająca się przy dotyku; macica niewyraźnie odgraniczona, źle zwinięta przy dotyku lekko bolesna; odchody rozłożone. Zalecono okłady wysychające na dolną okolicę brzucha i wstrzykiwania do pochwy 2% rozczynu kwasu karbolowego. W czasie od 1 do 4 grudnia bolesność brzucha ustępuje, macica zwija się dobrze, tak, że 4go ma się chora prawie zupełnie dobrze. 5 grudnia bez wiadoméj przyczyny dostała chora dreszczu i silnéj gorączki, która się utrzymywała przez dni 3. Na drugi dzień po wystąpieniu gorączki, pojawiła się po stronie lewéj macicy bolesność, wypuk nad miejscem bolesném lekko stłumiony. Przy odpowiedniém leczeniu objawy powyższe (*perimetritis serosa*) ustąpiły zwolna, tak, że chora wyleczona dnia 16 grudnia klinikę opuściła.

Przypadek 6ty. P. W., pierwiastka, urodziła dnia 29 listopada syna żywego, donoszonego. Podczas porodu nie okazywała żadnych zboczeń. 31 listopada wystąpiły nadżerki na brodawkach i *galactostasis*, zalecono tanin z gliceryną na brodawki, a nadto środek rozwalniający. Do 4 grudnia chora ma się dobrze, brodawki goją się. 4 grudnia wystąpiła u choréj pod wieczór silna gorączka poprzedzona dreszczem, która się utrzymywała dni kilka. 5 grudnia brodawka lewa więcéj bolesna, na sutku lewym w górze po nad brodawką widać miejsce zaczerwienione, przy dotyku bolesne, wielkości dłoni. Pod miejscem opisaném zbity naciek. Stolce regularne. Przy odpowiedniém leczeniu najpierw gorączka, a potém i zmiany na sutku ustąpiły.

Przypadek 7my. K. Z., wieloródka, urodziła dnia 30 listopada syna żywego, donoszonego. Poród prawidłowy, po porodzie *atonia uteri*, a mimo że podawano *extr. secalis cornuti*, podczas następnych dni złe zwijanie się macicy. Zalecono okłady wysychające na brzuch. Od porodu aż do 3 grudnia prócz złego zwijania się macicy chora nie okazuje żadnych innych zboczeń. 3 grudnia wystąpiła u choréj silna gorączka poprzedzona dreszczem, która się utrzymywała do 7 grudnia, po czém przy używaniu chininu i dodawaniu kwasków do napoju ustąpiła. Macica przez ten czas wciąż duża, źle odgraniczona. Odchody czerwone nierozłożone, niecuchnące. Obok okładów wysychających na brzuch robiono wstrzykiwania do pochwy z rozczynu kwasu drzewnego, poczém odchody czerwone dnia 10 grudnia ustąpiły, a chora dnia 17 grudnia jako zdrowa klinikę opuściła.

W przypadku niniejszym uderzającą jest okoliczność, że prócz złego zwijania się macicy podczas wystąpienia i przez czas trwania gorączki żadnéj zmiany miejscowéj odnaleść nie było można.

Prócz opisanych znachodziło się jeszcze na klinice równocześnie 7 innych przypadków, które przedstawiały podobne zmiany w połogu, których jednakowoż nie przytaczamy, nic bowiem osobliwego nie przedstawiały.

Z powodu przepełnienia istniejącego w klinice nie przyjmowano rodzących od 2go do 12go grudnia, przez który to czas starano się jak najdokładniéj odwonić salę porodową. Ponieważ jednak dnia 12 grudnia powstało przepełnienie na oddziale położniczym szpitalnym, przeto zaczęto porody przyjmować w klinice. Zaraz 12 grudnia urodziły dwie kobiety, a do 18go jeszcze pięć innych. Porody prócz jednego przypadku, w którym wydobyto z macicy pozostałe błony płodowe, nie przedstawiały żadnych zboczeń. Z tych prawidłowy połóg przebyły tylko dwie, a między temi i ta, któréj wydobyto pozostałe błony w macicy, 5 pozostałych przebyły nieprawidłowe połogi. Każda z ostatnich gorączkowała dni kilka, u jednéj były liczne wrzody połogowe, a cztery okazywały późniéj znacznych rozmiarów wypociny koło macicy, które dopiero po kilkotygodniowém leczeniu ustąpiły.

Z powyższego opisu przebiegu gorączki połogowéj w klinice widzimy, że w końcu miesiąca listopada ubiegłego roku wyrodził się w klinice stan niekorzystny, cechujący się równocześnie występującemi zmianami natury czysto miejscowéj, bez wiadomych przyczyn, prawie u wszystkich położnic; że stan ten utrzymywał się do początku grudnia, tj. do czasu, w którym przybyła chora do kliniki z gorączką połogową i daléj, że po przybyciu pomienionéj choréj, nietylko chore, które z nią sąsiadowały, przebyły gorączkę połogową, ale równocześnie poczęły gorączkować i inne położnice w klinice się znajdujące, dawniejsze i świeżo przybyłe, okazując ogólne zakażenie, a między temi w jednym przypadku, któryśmy pod Nr. 7 podali, chora gorączkowała silnie dni kilka, mimo że żadnych zmian miejscowych nie okazywała, któreby związek przyczynowy z gorączką stanowiły, a wreszcie że w połowie grudnia, gdy przez 10 dni rodzących na klinikę nie przyjmowano, i gdy już u wszystkich prawie sprawdzono, jeżeli nie wyzdrowienie to polepszenie, świeżo przybyłe położnice przebywały ciężkie sprawy połogowe.

Obraz ten zatém odpowiada zupełnie przebiegowi chorób endemicznie występujących. Stanu tego nie możemy razem ze Spiegelbergiem nazwać ani stekiem przypadków sporadycznych, brak bowiem istotnego w takim razie warunku, tj. aby obok chorych położnic znachodziły się zupełnie zdrowe, ani też nie możemy razem z Wincklem uważać stanu tego jako liczne przypadki zakażenia jednego od drugiego, bo aczkolwiek takie zakażenie możemy przypuścić w przypadkach 2, 3 i 4 od pierwszego, to nie możemy go stosować do reszty położnic na innych salach leżących, zupełnie oddzielonych, przez osobne posługaczki osobnemi narzędziami obsługiwanych. Przeciw pojmowaniu w ten sposób pomienionego stanu przemawia okoliczność, że w tymże samym zakładzie, przy téj saméj służbie, ale w czasie, gdy w klinice był pomyślny stan zdrowia, przebiegały ciężkie przypadki gorączki połogowéj, a mimo to położnice, w tymże samym pokoju leżące na sąsiednich łóżkach, pozostały zdrowemi. Jako przykład przytoczymy następujący przypadek.

W styczniu b. r. szczególniéj pod koniec stan zdrowia w klinice był bardzo dobry. Dnia 28 stycznia urodziły dwie pierwiastki, jedna rano, druga po południu. Pierwsza pozo-

stała zdrową nadal i opuściła klinikę 7 lutego. Druga, która prócz osób, które obsługiwały lub badały pierwszą, była jeszcze badaną przez jednego z uczniów, 29go poczęła gorączkować. Poród był zupełnie prawidłowy. Dnia 30/1 wystąpiła *colpitis ulcerosa*, daléj rozległa *necrosis vulvae*, odchody nader cuchnące, macica źle zwinięta, przy dotyku bolesna, bolesność znaczna brzucha. Objawom tym towarzyszyła wysoka gorączka, która się utrzymywała aż do końca. Rozpoznano gorączkę połogową. Mimo wszelkich środków chora umarła 5go lutego śród objawów zap. ogólnego otrzewny. Sekcyja wykonana przez prof. Dra Browicza potwierdziła rozpoznanie kliniczne.

Chora pomieniona zaraz pierwszego dnia choroby była przeniesioną na salę położnic chorych, gdzie obok niéj leżały równocześnie trzy inne położnice, okazujące nieznaczne zmiany miejscowe. Chore te, mimo że miały w sąsiedztwie wyraźny przypadek gorączki połogowéj, nie uległy wcale zakażeniu, a wyzdrowienie postępowało bez zamącenia.

Stan zatém opisany kliniki położniczéj musimy nazwać endemicznem wystąpieniem gorączki połogowéj. Że zaś przypadek pierwszy wywołał w klinice endemiję, przyczyna leży w tém, że się pojawił wśród niekorzystnego stanu kliniki; wśród takiego bowiem stanu łatwiéj położnice zakażeniu ulegają i wpływ przypadku zakażającego wyraźniéj występuje.

W dalszym toku wypada nam się zastanowić nad przyczynami wywołującemi stan niekorzystny w klinice. Przyczyna ta leżeć musi w zakładzie i jego warunkach. W tym celu podajemy krótki opis takowych:

Klinika położniczo-ginekologiczna krakowska w roku 1870 przeniesioną została ze szpitala św. Łazarza, gdzie nadal pod kierunkiem profesora położnictwa pozostaje oddział położniczy i chorób kobiecych, do budynku obecnie piątrowego obok kliniki lekarskiéj, o ile to być mogło jak najkorzystniéj z mieszkania prywatnego b. prof. Brodowicza na klinikę przeistoczonego. W budynku pomienionym zajmuje klinika położniczo-ginekologiczna tylko dolne ubikacyje, które po sobie następują w takim porządku: 1) bióro profesora z przedpokojem dla ambulantek; 2) sala porodowa i wykładowa; 3) dwie sale dla położnic zdrowych; 4) separatka; 5) pokój dla akuszerki zakładowéj; 6) dwie sale dla chorych ginekologicznych; 7) sala dla położnic chorych; 8) kuchnia i połączony z nią pokój dla ciężarnych. Nad ostatniemi mieszczą się na piąterku: 9) pokój z przedpokojem dla uczniów i 10) pokój z przedpokojem dla asystenta. Do każdego z tych numerów prowadzą drzwi osobne z sieni wspólnéj, pomiędzy sobą zaś są połączone tylko sala wykładowa z biórem prof., obie sale położnic zdrowych i obie sale chorych ginekologicznych. Okna sieni wspólnéj i ubikacyi Nr. 1 wychodzą na wschód, okna sali porodowéj wychodzą na ulicę i zwrócone są ku północy, okna sal Nr. 3—6 wychodzą na ogród otaczający z trzech stron budynek i zwrócone są ku zachodowi, okna ubikacyj 7—10 wychodzą na południe. Wentylacyja uskutecznia się przez blaszane rozety, wprawione w jednę z wewnętrznych górnych szyb każdego okna, podczas gdy odpowiednia zewnętrzna szyba jest zastąpioną przez siatkę drucianą. W drzwiach wychodzących na korytarz są wprawione na stopę długie drzwiczki, a drzwi i okna korytarza są opatrzone w zawsze otwarte oberlichty. W razie wypróżnienia sale wykadzone bywają przez 12 godzin siarką, potém chlorem, poczém przez 12 — 24 godzin przy oknach i drzwiach otwartych mocno pali się w piecach. Prócz korytarza wspólnego i przedpokoju dla ambulantek przeznaczonego, które są ogrzewane żelaznemi, reszta sal ma piece kaflowe, z wnętrza sal opalane. Podłogi pokostowane; ściany bielone raz na rok, przyczém do wapna dodaje się kwasu karbolowego. Wychodki systemu dołowego umieszczone są na dole obok kuchni i na piąterku obok pokoju asystenta. Łóżek ma klinika ogółem 35, z których 3 służą dla posługaczek, a 32 są rozstawione po salach w sposób następujący: 3 łóżka porodowe na sali wykładowéj; 10 na obu salach położnic zdrowych; 2 w separatce; 8 w dwu salach dla chorych ginekologicznych; 4 łóżka w sali dla położnic chorych; 5 w pokoju dla brzemiennych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O istocie przyrzutu szankrowego.

Napisał Dr. **Leopold Glück** w Krakowie.

Umiejętność nasza, mimo że na wskróś materyjalna, przecież jeszcze jest przepełniona przesądami, które przybrane w suknie nauk przyrodniczych przechodzą z książki do książki, z generacyi na generacyję, jako nietykalne artykuły wiary. Jednym z nich, który w świetle krytyki nowożytnéj, obnażony z mistycyzmu, okazuje się jako zwykły niczém nieuzasadniony przesąd, jest ogólnie uznane istnienie przyrzutu dla szankra miękkiego, czyli lepiéj, zwyczajnego wrzodu wenerycznego. Ricord zdarł wprawdzie, oparty na licznych doświadczeniach, rzeżączce maskę przyrzutności i wszeregował ją w zastęp zwyczajnych nieżytów błon śluzowych, czém się wielce naszéj nauce przysłużył, z drugiéj jednak strony zgrzeszył zamięszaniem, jakie wywołał dzieląc klinicznie wrzody weneryczne na podstawie jednéj przeważnie cechy, na miękkie i twarde i łącząc je napowrót w jednę całość na podstawie tożsamości przyczyny, którą jest przyrzut kiłowy. Ricord naprawił błąd Huntera pod względem przyrzutu rzeżączki, ale zburzył i to, co tamten stworzył dobrego. Według Huntera tylko ten wrzód części rodnych jest szankrem, który ma podstawę stwardniałą i po którym występują objawy kiły ogólnéj, każdy inny zaś, nie mający tych dwóch cech, jest tylko zwyczajnym wrzodem, nie zostającym w żadnym stosunku do przyrzutu kiły, ani w ogóle do żadnego przyrzutu.

Nie wystarczało widocznie Ricordowi, po wykluczeniu rzeżączki, ograniczone to ognisko do wytłumaczenia szerzenia się kiły, szczególniéj jeżeli sobie uprzytomnimy i tę bardzo ważną okoliczność, że nie wierzył w przeszczepialność następowych objawów téjże. Zwyczajny wrzód weneryczny czyli, jak go Ricord nazwał, szankier miękki, musiał przyjść z pomocą choćby nawet kosztem prawdy. Powaga Ricorda przyćmiła gwiazdę Huntera siłą czarującego stylu i ogromem doświadczenia, przyćmiła jednak i prawdę.

Ricord wprawdzie zmienił po długiém wahaniu w 1860 roku przekonanie, uzasadniając swe odstępstwo wierszem: „Człowiekiem niedorzecznym jest ten, który się nie zmienia" nie zdołał jednakże wszystkich nawrócić, gdyż do dziś dnia wielu jeszcze jest syfilidologów dla których pierwotne jego zapatrywanie jest niezachwianym artykułem wiary.

Pierwszym, który wystąpił przeciw temu zapatrywaniu Ricorda na istotę odmian wrzodów wenerycznych, był uczeń jego Leon Bassereau. Przez liczne konfrontacyje chorych przyszedł do przekonania, że zwyczajny wrzód weneryczny

zawsze jest potomkiem takiego samego wrzodu, a doświadczenie kliniczne pouczyło go, że po wrzodzie w mowie będącym nigdy nie występują objawy ogólnego zakażenia, Bassereau wyprowadził ztąd wniosek, że przyczyną wrzodów zwyczajnych nie jest przyrzut kiły, lecz przyrzut inny w swych działaniach od poprzedniego słabszy. Tym sposobem stał się twórcą szkoły dualistycznéj, któréj najzdolniejszym krzewicielem był Rollet. Do tego właśnie obozu przeszedł w 1860 roku Ricord, przekonawszy się o mylności swéj nauki o przyrodzie „szankrów miękkich". Obok konserwatystów czyli unitarystów trzymających się pierwotnego systemu Ricorda i liberałów dualistów, kupiących się pod sztandarem Rolleta, mamy jednak jeszcze, i *sit venia verbo*, komunistów, którzy rzeżączkę i zwyczajny wrzód weneryczny stawiają na równi z pierwotnym wrzodem kiły, czyli jaśniéj, wszystkie trzy cierpienia odnoszą do wspólnego źródła, przyrzutu kiłowego. Prorokiem, jak Virchow go nazwał, téj nowéj wiary jest znany z rubasznego stylu i licznych, lecz mało czytanych, pism Dr. Hermann we Wiedniu.

Gdyby mi teraz zadano pytanie, która z tych trzech teoryj ma za sobą prawdę, byłbym w wielkim kłopocie, gdyż każda z nich, oparta na tysiącznych spostrzeżenich klinicznych, licznych doświadczeniach i niezbitych dowodach historycznych, wywiesza sztandar prawdy; musiałbym przeto uciec się do znanéj alegoryi Lessinga o trzech pierścieniach. Najwięcéj prawdopodobieństwa ma jeszcze za sobą teoryja dualistów, gdyż nikt dotychczas nie widział, aby po przeszczepieniu zwyczajnego wrzodu wenerycznego wystąpiły objawy kiły, i owszem Dr. Lindmann wykazał na sobie samym, że po zwyczajnym wrzodzie wenerycznym następuje tylko wrzód téj saméj przyrody, gdyż wszczepiwszy sobie 2,200 takich wrzodów był wolnym od kiły, nabył jéj jednak po przeszczepieniu wydzieliny z pierwotnego wrzodu kiłowego. Teoryja zatém unitarystów i Hermanistów jest tylko mrzonką.

Inne jednak jest pytanie, czy do wytłumaczenia powstawania i szerzenia się zwyczajnych wrzodów wenerycznych koniecznie jest potrzebnym przyrzut w myśli dualistów i czy mamy jakie dowody rzeczywistego istnienia tegoż? Chcąc na te pytania wyczerpującą i jasną dać odpowiedź, musimy przedewszystkiém znać główne cechy zwyczajnego wrzodu wenerycznego i wiedzieć, która część składowa tegoż jest nośnikiem przyrzutu, a dopiero po zadośćuczynienia tym warunkom możemy przystąpić do właściwego badania istoty przyrzutu.

Cechy zwyczajnego wrzodu wenerycznego znane są z pracy Dra Z a r e w i c z a, w rozprawie bowiem „o wyróżnianiu wrzodów wenerycznych części płciowych ze stanowiska klinicznego", skreślił on je na tém samém miejscu przed kilku miesiącami jasno i wyczerpująco; sądzę przeto, że czytelnicy uwolnią mię od noszenia, jak niemieckie przysłowie mówi, sów do Aten. Wyliczone tam cechy kliniczne nie wystarczały jednak do przekonania niewiernych o swoistości wrzodów wenerycznych, bo każdy wrzód bez względu na pochodzenie może w danym przypadku mieć i brzegi podminowane „miejscami wyżarte, jakby ząbkowane" i dno nierówne „drobnemi wyniosłościami pokryte", a przecież nikt nie powie, aby przez to był wrzodem wenerycznym inaczéj szankrem. Toż samo nie nawróci skeptyka, „obfite ropienie, rozległe zaczerwienienie otaczających często obrzękłych tkanek, znaczna bolesność wzmagająca się przy najmniejszém dotknięciu..." Nam trzeba dowodów lepszych od powyższych bądź co bądź bardzo zmiennych objawów, które nie zawsze napotykamy. Pierwszym i jedynym dowodem swoistości i przyrzutności jest, na co się wszyscy godzą, łatwa przeszczepialność wrzodów wenerycznych zwyczajnych tak na samych chorych jak na innych bez względu na to, czy dotkniętych kiłą lub nie. Przyczyną zaś téj przeszczepialności, czyli nośnikiem przyrzutu jest wydzielina w okresie szerzenia się wrzodu. Ponieważ naszém zadaniem jest poznanie istoty przyrzutu zwyczajnych wrzodów wenerycznych, musimy się przeto zająć badaniem téj wydzieliny wszystkiemi znanemi sposobami, a z otrzymanych wyników dopiero będziemy w stanie wnioskować o istocie i przyrodzie przerzeczonego przyrzutu.

Wydzielina pokrywająca w okresie szerzenia całe dno wrzodu wenerycznego zwyczajnego jest barwy szarawo-żółtéj, z lekkim odcieniem w zielone, zrazu więcéj płynna, następnie zaś zbitsza i gęstsza od ropy zwyczajnéj. Ilość jéj w okresie szerzenia się wrzodu jest znaczna i daje się tylko z trudnością oddzielić od podstawy. W okresie drugim, kiedy wrzód goić się poczyna, zbliża się pod względem gęstości do ropy zwyczajnéj, jest zatém więcéj płynna, nieco jaśniejsza i wązkim, różowym, łatwo krwawiącym rąbkiem drobnych brodawek otoczona. Z postępem okresu gojenia dno coraz mniéj jednostajnie obłożone a wydzielina mieści się tylko jeszcze wśród brodawek i tworzy niejako delikatną siatkę, z któréj one jak oka wystają po nad poziom dna wrzodu. Wreszcie ginie i ta resztka wydzieliny i mamy przed sobą oczyszczoną ranę.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **Lehrbuch der gerichtlichen Medicin**, II Auflage, I Hälfte, Wien 1880, Urban et Schwarzenberg, in 8vo str. 400 z 50 rycinami.

Zaledwie dwa lata minęły od pojawienia się 1szego wydania dzieła Hofmanna, a już okazała się potrzeba nowego nakładu; omówiwszy wydanie 1sze bezpośrednio po ukazaniu się takowego (Przegl. Lek. 1877 Nr. 39) pospieszamy z doniesieniem o wyjściu pierwszéj połowy nowego wydania. — Prof. Hofmann zajmuje teraz pomiędzy lekarzami sądowymi stanowisko pierwszorzędne, niemal dominujące; korzysta on bowiem wszechstronnie z obfitego materyjału wiedeńskiego, a w obec nasuwających się wątpliwości wstępuje na drogę doświadczalną, aby zbadać prawdę. Zalety prac jego podnosiliśmy w ocenieniu 1go wydania; zbyteczną więc byłoby rzeczą, rozwodzić się teraz nad trafnością jego poglądów; już sam fakt z resztą, że wydanie 1sze zostało wyczerpniętém, i że dzieło przetłumaczonem zostało na język francuski, świadczy wymownie o dobrych przymiotach książki; nam się tu rozchodzić może tylko o wykazanie, czy i jakie różnice zachodzą między wydaniem obecném a pierwszém. — Otóż w wydaniu obecném zachodzą te korzystne zmiany, że nasamprzód (jak z prywatnego wiemy źródła) w końcu dodaną będzie i część psychijatryczno-sądowa, czego, jak wiadomo, w 1szém wydaniu niedostawało; tym sposobem w obecnéj postaci dzieło prof. H. będzie wiernem odźwierciedleniem całéj nauki naszéj, a nie kadłubem takowéj, jak dotychczas. Następnie wydanie obecne zaopatrzone jest w d r z e w o r y t y, których w połowie 1széj jest 60. Że

drzeworyty wierne i dobre wiele przyczyniają się do należytego zrozumienia rzeczy wyłożonéj, nie ulega wątpliwości, a są one koniecznemi, jeżeli odnoszą się do przedmiotów rzadkich, z któremi lekarz, zwłaszcza na prowincyi, rzadko kiedy się spotyka. Do takich zaliczamy ryciny przedstawiające Hypospadiasis i Epispadiasis, obojniactwo (własny przypadek autora, już dawniéj opisany), 20 rycin przedstawiających rozmaite odmiany błon dziewiczych nietkniętych i uszkodzonych (autor posiada bardzo piękny zbiór preparatów), pomiędzy niemi znajduje się także rycina (Nr. 20) wzięta z rozprawy rodaka naszego Mierzejewskiego, umieszczonéj w *Gazecie Lekarskiéj*, a na którą zwróciliśmy uwagę autora; ryciny przedstawiające rany rozmaitemi narzędziami, zwłaszcza bronią palną zadane, widma gałczenia krwi tlennego i odtlenionego; mniéj potrzebnemi są ryciny wyobrażające jajo płodowe i niektóre rośliny używane do spędzania płodu lub kryształki heminowe, ponieważ takowe każdemu lekarzowi są znane.

Krótki stosunkowo czas, jaki upłynął od pojawienia się 1szego wydania, z góry wyklucza możebność, abyśmy w wydaniu niniejszém mogli spotkać się z nowemi poglądami naukowemi; jednak czego w tém dwuleciu autor sam doświadczał, lub co znalazł w literaturze, wszystko to zużytkowaném zostało. Jeżeli uwzględnimy, że autor rozporządza znacznym materyjałem (gdyż wykonywa wszystkie sekcyje sądowe i policyjne we Wiedniu), że nadto bezprzerwanie pracuje samodzielnie, a wreszcie, że posiada gruntowną znajomość literatury, to dziwić się z góry nie można, że każde jego odezwanie się zwraca na siebie uwagę. To też wydanie obecne wzbogacone zostało nie tylko ciekawą własną kazuistyką z ostatnich lat, tak, że spotykamy się w niém ze wszystkiemi głośnemi przypadkami sądowolekarskiemi wiedeńskiemi, ale nadto na próżnobyśmy się oglądali za brakiem wzmianki o jakiejś pracy, nie tylko czysto sądowolekarskiéj, ale i dla medycyny sądowéj znaczenie mieć mogącéj, a która w ostatnich czasach się pojawiła. Wreszcie niektóre ustępy przerobione zostały zupełnie; tak np. rzecz o wpływie trucizn na płód w łonie macierzyńskiém pozostający, rzecz o ranach kłutych i postrzałowych. Co do kwestyi pierwszéj przytacza autor ciekawy wynik doświadczeń Gusserowa, że wstrzyknięcie strychninu płodom zwierzęcym w łonie matczyném pozostającym nigdy nie wywołało kurczów u płodu, a natomiast wywołało je u matek. Również ciekawym jest fakt, który autor przytacza za Gallardem, że kobieta, która śród ciąży 90 razy puszczała sobie krew, rodziła prawidłowo, co rzuca należyte światło na zdanie, jakoby upust krwi był zdolnym wywołać poronienie.—Nawet o znaczeniu leczenia przeciwgnilnego dla medycyny sądowéj znachodzimy już pobieżną wzmiankę w nowém wydaniu.

Obok bardzo wielu zmian i dodatków (naliczyliśmy ich około 80) wyrzuconych zostało zaledwie parę małych ustępów, a mimo to, oraz pomimo licznych rycin na 400tu stronnicach mieści się obecnie tyle, ile w 1szém wydaniu na 450; pochodzi to ztąd, że druk jest nierównie zbitszym. Zmiana ta, jak również papier cieńszy, nie stanowią zalety nowego wydania, ale tłumaczymy je chęcią niepowiększenia objętości a tém samém i ceny dzieła, pomimo, że takowa mieścić w sobie będzie nowy a obszerny dział psychopatologii sądowéj. Natomiast jako zmianę korzystną uznać musimy napisy na stronnicach szczególnych, których w 1szém wydaniu nie było, a które rozpatrzenie się w książce bardzo ułatwiają.

Jakkolwiek z ostatecznym sądem aż do wyjścia 2giéj połowy wstrzymać się musimy, choćby już dlatego, że ona właśnie zawierać będzie dział nowy, dotąd przez autora nieopracowany, to przecież już teraz wydanie nowe z najlepszém sumieniem kolegom polecić możemy. *L. Blumenstok.*

Dr. G. Beck's therapeutischer Almanach. 7 Jahrg. 1880. Berno mała 8ka str. 74.

Wśród tak znacznego rozmnożenia się obecnie piśmiennictwa lekarskiego nie podobna prawie lekarzowi praktycznemu niespecyjaliście być choćby tylko w zakresie terapii *au courant* dzisiejszego jéj stanowiska. Lekarz praktyczny osobliwie na prowincyi potrzebuje *brevi manu* przychodzić do gotowego i dla tego zdaniem naszém bardzo dobrą powziął myśl Dr. Beck wydając swe roczniki terapeutyczne, w których można znaleść w formie jak najkrótszéj najświeższe zdobycze terapii. I rocznik obecny nie ustępuje w niczém swym poprzednikom zawierając w sobie to, co dla lekarza praktycznego najważniejsze, a dodatek literatury do każdéj z osobna wzmianki ułatwia w razie potrzeby odszukanie pracy oryginalnéj i zaznajomienie się z takiemi szczegółami, których dla braku miejsca nie umieszczono. Rocznik więc 7my możemy polecić naszym Czytelnikom tém bardziéj, że także i forma jego zewnętrzna odpowiada zupełnie teraźniejszym wymaganiom.

Clay i Wigner: **Terapeutyna cypryjska przeciw rakowi macicy.**

Artykuł prof. Claya z Brimingbamu ogłoszony w *„The Lancet“* traktujący o nowym i skutecznym sposobie leczenia raka macicy za pomocą wewnętrznie zadawanéj *Terebinthina Chia vel Cypria*, a którego streszczony przez Dra Ponikłę wyciąg czytaliśmy w „Przeglądzie Lek.,“ zwrócił oczywiście uwagę na siebie w wysokim stopniu i pobudzi bez wątpienia lekarzy do dalszych prób tym lekiem przeciw chorobie, którą dotychczas po bezskutecznych usiłowaniach wytępienia zwykliśmy uważać za nieuleczną. Gdy atoli prof. Clay główny na to kładzie nacisk, żeby wyłącznie tylko prawdziwéj *Terp. Ch.* używano, odmawiając innym gatunkom i surogatom terpentyny siły leczniczéj, przeto dla uchronienia się od przykrego rozczarowania i zawodu, i zbyt pochopnego porzucenia zbawiennego może lekarstwa, trzebaby przedewszystkiém być pewnym, że się ma pod ręką prawdziwy lek a nie sfałszowany. Z téj to przyczyny zamieszcza *„The Lancet“* w dalszych numerach z kwietnia i maja br. następujące uwagi:

Faktem jest, że nie jest łatwą rzeczą dostać prawdziwéj *Terp. Ch.*, gdyż najczęściéj zamiast niéj otrzymujemy surogaty lub mięszaninę różnych istót żywiczych i balsamicznych. Jak się zdaje, skąpe tylko istnieją zapasy prawdziwéj *Terp. Ch.* i dla tego wypada lekarzom polecić użycie więcéj aniżeli zwykłych środków ostrożności przy zapewnieniu sobie prawdziwego leku. Ponieważ jedno wyrosłe do wysokości 35 stóp drzewo tego rodzaju daje za pomocą cięć toporkiem w pień uskutecznionych przez cały czas zbioru zaledwie 8—10 uncyj téj żywicy, zaś w handlu w Londynie płaci się za funt tylko 2—3 szylingi, to z tego jasno się okazuje, że artykuł ten bywa fałszowany i zanieczyszczany różnemi ingredyjencyjami. Nadto w farmakografijach opis *Terp. Ch.* jest tak błędny, że sprawdzenie tożsamości nie sfałszowanéj nie jednéj ulega trudności. Prawdziwa *Terp.*

Ch. wedle „*The Lancet*“ posiada konsystencyję miodu, jest atoli mniéj lepką a raczéj obok lepkości jest nieco kruchą, koloru zielonawo-żółtego; zapach ma przyjemny, niby woń kopru lub cytryny i jaśminu; smak łagodny; przechowana przez dłuższy czas staje się kruchszą (*resinifies*) i traci na swéj dobroci i sile. Zwykle zamiast prawdziwéj *Terp. Ch.* sprzedają nam terp. szyszkorodną, nie mającą żadnéj wartości. To samo stwierdza prof. Clay, któremu koledzy nadesłali próbki do zaopiniowania, ogłaszając w „*The Lancet*“ że próbki te zaledwie 50% *Terp. Ch.* zawierały. Wreszcie niejaki G. W. Wigner (chemik?) podaje w *The Lancet*“ z 29 maja b. r. wynik badania pięciu próbek w Londynie w handlach hurtownych zakupionych, z którego się okazało, że tylko dwie próbki były niesfałszowane. Z jednéj prawdziwéj próbki udzielił p. Wigner znajomemu lekarzowi pewną ilość, po któréj użyciu u dwóch chorych na raka macicy już w przeciągu 18 dni doświadczył on błogich i znakomitych skutków, podczas gdy przedtém leczył je bezskutecznie przez dłuższy czas tak zwaną terpentyną Ch. Wypadek ten posłużyć może za wskazówkę, jak trzeba być przezornym i obznajmionym z przymiotami prawdziwéj terp. Ch. Tenże p. Wigner wysnuł ze swoich badań szczegółowo podanych ostatecznie ten wniosek, że główną rolę odgrywa ciężar gatunkowy, (naturalnie obok innych powyżéj wspomnianych przymiotów), który w prawdziwéj daleko jest wyższy; wynosi on bowiem 1·052, podczas gdy u surogatów i mieszanin wynosi zaledwie 1·025, czasem nawet 1·000, podając przy końcu swego sprawozdania praktyczną wskazówkę, która na tém polega, że niesfałszowana *Terp. Ch.* w płynie zawierającym „na wagę“ 8 procent zgęszczonego kwasu siarkowego pływać powinna, zaś w chwili rozcieńczenia większego tego rozczynu natychmiast na spód upada; podczas gdy nieczysta *Terp. Ch.* i sfałszowana utrzyma się pływając nawet i wtedy, gdy rozczyn powyższy w trójnasób rozcieńczamy a czasem pływa nawet na wodzie. Próba ta jest łatwą do wykonania. Podpisany spodziewa się, że ze Smyrny otrzyma niesfałszowaną *Terp. Ch.* od znajomego.

Dr. Karcz (Lwów).

Pick: **Uwięzgnięcie wyrostka robaczkowego; operacyja, śmierć.**

Dn. 21 lutego rb. przyjęto do szpitala św. Jerzego w Londynie 25-letniego malarza R. E. Nabawił on się przed 12 laty przepukliny, lecz takową zawsze sam sobie odprowadzał, paska nie nosił i bez przeszkody pracował. Dopiero gdy przed 6 dniami przepuklina znowu wystąpiła, ani choremu ani lekarzowi w cztery dni późniéj przywołanemu odprowadzenie się nie udało. W ciągu tych 5 dni nie było stolca, bolesność wielka w pachwinie prawéj, wymioty obrzmienie coraz większe. Gdy chorego przyjęto do szpitala, skóra była pokryta lepkim potem, zimna, tętno szybkie, ledwie macalne, język obłożony, brzuch wzdęty. W okolicy pachwinowéj prawéj był guz twardy zstępujący do moszen i dający się namacać wzdłuż kanału pachwinowego. Od tego guza zaczerwienienie i obrzmienie skóry sięgało prawie do pępka. Mr. Pick wykonał więc po zaeteryzowaniu chorego rękoczyn krwawy. Po otwarciu worka przepuklinowego wypłynęła gęsta ropa cuchnąca. Wypłukano troskliwie worek i znaleziono w nim tylko wyrostek robaczkowy zgrubiały i pokryty wypociną. Nacięto pierścień zacieśniający, tak, że palec można było wprowadzić do jamy otrzewnéj. Odprowadzono część uwięzgniętą, odcięto worek przepuklinowy, zaszyto i opatrzono ranę. Wszystko odbywało się ściśle antiseptycznie. W pięć godzin późniéj chory umarł.

Oględziny pośmiertne wykazały lekkie przyczepiny szczytu wyrostka robaczkowego do szyi worka przepuklinowego, które łatwo oddzielić się dały; reszta trzew była wolna w jamie otrzewnéj. W miejscu spojenia się wyrostka z kiszką ślepą był pierścień, w którym wyrostek był nieco zaciśniony i lekko owrzodziały. Cały wyrostek był zgrubiały i pokryty wypociną, lecz zresztą zdrowy. W sąsiedztwie otrzewna była ciemniéj zabarwiona, nieco wypociną pokryta, lecz ogólnego zapalenia otrzewnéj nie było. Wątroba i serce były nieco stłuszczone, płuca znacznie rozdęte, inne organa prawidłowe.

Mr. Pick ani w archiwum szpitalném, ani w literaturze dla siebie dostępnéj nie znalazł ani jednego przypadku, w którymby tylko wyrostek robaczkowy był zaciśnięty, jakkolwiek nie rzadko bywał zaciśnięty razem z kiszką ślepą. Powstanie przepukliny tłumaczy sobie w ten sposób, że prawdopodobnie najpierw worek przepuklinowy utworzyły kiszka, jelito lub kreska, i że w tak utworzony worek wstąpił potém wyrostek robaczkowy. Dziwném jest, jak mógł być zaciśniony wyrostek tak cienki. Otóż Mr. Pick sądzi, że zaciśnienie wywołał jakiś proces zapalny w zewnętrznych warstwach szyi worka przepuklinowego. W końcu zastanawia się autor jeszcze nad przypadami towarzyszącemi i usprawiedliwia się, dla czego wyrostek lekko już zajęty odprowadził do jamy otrzewnowéj. (*The Lancet* Nr. XXI, d. 22/5 1880 r.)

Dr. Bogdanik.

Rose: **Złamanie wyrostka łokciowego, resekcyja.**

Z początkiem stycznia rb. dwudziestoletni W. M. upadł na lewy łokieć, który mu następnie obrzmiał. Rzecz tę uważano pierwotnie jako zwichnięcie i leczono odpowiednio. Lecz ponieważ chory nie mógł wyprostować przedramienia, udał się d. 31 marca do Kings College Hospital, gdzie rozpoznano: „*fractura olecrani sinistri.*“ Odłamki odstawały od siebie na $1/2$ cala. Wyprostowanie odnogi i unieruchomienie stawu nie miało pożądanego skutku, przeto Mr. Rose zrobił nad miejscem złamania nacięcie na 3 cale długie, płaszczyzny złamania wyrównał dłutkiem, spoił odłamki srebrnym drutem, zaprowadził dren z włosień końskich i spoił ranę szwami jedwabnemi, opatrzył antiseptycznie, wreszcie ustalił wyprostowane przedramię. Opatrunek zmieniono siedm razy w przeciągu pięciu tygodni. Dnia dziesiątego poruszano biernie staw, a dnia siedmnastego chory mógł już wykonywać ruchy czynne. Po 5 tygodniach usunięto szew z kości a d. 13 maja, tj. w miesiąc i dziesięć dni po operacyi, chory wyleczony całkiem opuścił szpital. W ciągu leczenia ciepłota nie przekraczała 99.4° F. (=37·0° C.). Mr. Rose dodaje, iż wykonał rękoczyn tylko dla tego, że chory wcale nie mógł wyprostować przedramienia, lecz nie zaleca rękoczynu w każdym przypadku *fracturae olecrani. (The Lancet* Nr. XXII d. 29, V, 1880 r.)

Dr. Bogdanik.

Trompetter: **Zapalenie naczyniówki po durze powrotnym.**

Podczas ostatniéj epidemii we wrześniu r. z. spostrzegano u 21 chorych (na 325 dotkniętych durem powrotnym) zapalenie naczyniówki, a więc u 6%. Blessig w Petersburgu podczas epidemii w r. 1864 podaje 2%. Mężczyźni częściéj zapadają niż kobiety. Zapalenie naczyniówki wystąpiło najrychléj

w pierwszym tygodniu po ostatnim napadzie gorączkowym a najpóźniéj w drugim miesiącu. Przebieg był przeważnie ostry. Jako znamiona cechujące tę chorobę podaje T. zaczerwienie różowe całéj twardówki, podczas gdy w zwykłych przypadkach zapalenia naczyniówki znachodzimy tylko nastrzykanie naczyń rzęskowych. W przodkowéj komórce, a mianowicie na dnie téjże, znajdowało się skąpe nagromadzenie ropy (*Hypopyon*) przy braku objawów cechujących zapalenie tęczówki; barwa téjże była niezmieniona, oddziaływanie prawidłowe, po zapuszczeniu atropinu rozszerzała się źrenica *ad maximum*. W ciałku szklaném znajdowały się męty we wszystkich przypadkach. Upośledzenie wzroku odpowiadało każdorazowym zmianom w środkach łamiących, poczucie zaś światła (*Lichtempfindung*) badane fotometrem Förstera było bardzo upośledzone nawet i w przypadkach, gdzie bystrość wzroku była prawidłowa. Pole widzenia zewsząd ścieśnione, w początkach aż do 40°, zkąd słuszny wniosek, iż sprawa chorobowa dotyka przeważnie obwodowych i ku ciałku rzęskowemu położonych części naczyniówki.

Wyniki leczenia były w ogóle zadowalające; zmian w naczyniówce, wypocin, zaniku lub recydywy niepostrzegano. Czas trwania choroby wynosił 1 do 2 miesięcy. W dwóch przypadkach było cierpienie obustronne. Leczenie polegało na zapuszczaniu atropinu, wewnętrznie zadawano chlorek rtęci i środki przeczyszczające w celu wyjaśnienia ciałka szklanego. (*Zehenders klin. Monatsbl. f. Aug. April*).

Dr. Machek.

Wiadomości pomniejsze.

ss) Dr. Deb poleca (*Ind. med. Gaz.*) świeży korzeń rośliny zwanéj *ixora dondanca*, jako znakomity środek przeciw czerwonce. Używa się całego korzenia, nie zaś saméj tylko kory; korzeń świeży jest skuteczniejszy aniżeli wysuszony.

Ze środka tego przyrządza się tynkturę mocząc 4 uncyje grubo sproszkowanego korzenia w czystym wyskoku; ciecz się następnie wyżyma i sączy. Można do leku tak przyrządzonego dodać jeszcze 12 grm. sproszkowanego pieprzu; dawka wynosi 2—4 grm.

Lek ten jest skuteczny zwłaszcza w początkach czerwonki. Nie sprawia nudności, smak ma przyjemny, aromatyczny. Podaje się także po 0·75—1·5 grm, 3—4 razy dziennie.

ss) L. Kamen donosi (*Prag. Med. W.* Nr. 17, 1880 r.) z kliniki prof. Halli w Pradze o działaniu salicylanu sodowego w ciężkich przypadkach moczówki cukrowéj (*diabetes mellitus*). Dawniejsze już próby wykazały że pod wpływem salicylanu sodowego w lżejszych i świeższych przypadkach wzmiankowanéj choroby cukier nawet zupełnie przestaje się pojawiać w moczu, w cięższych zaś znacznie ilość jego się zmniejsza; w bardzo ciężkich przypadkach lek ten wcale nie jest skutecznym.

Wypadki powyższych doświadczeń są następujące:

1) W ciężkich przypadkach cukrzycy nawet wielkie dawki salicylanu sodowego (12—15 grm.) nie zmniejszają ilości wydzielanego cukru. Dawki tak znaczne mogą sprawić lekkie przypady żołądkowe.

2) W innych przypadkach pojawiają się obok przypadów gastrycznych także ciężkie objawy zatrucia ze strony układu nerwowego. I w tych przypadkach ilość cukru się zmniejsza i to w stósunku do nasilenia objawów zatrucia.

3) Wielkość dawek wywołujących powyższe objawy jest u różnych indywiduów różną (po 8 grm. ciężkie przypady; po 10, 12—15 grm. lekkie tylko przypady gastryczne).

4) Zmniejszenie ilości cukru w moczu zdaje się zależeć od zmniejszonego w czasie objawów zatrucia dowozu pokarmów.

5) Ciężar ciała zdaje się stale powiększać, nawet i w tych przypadkach, w których ilość cukru nie zmniejszyła się.

ss) Dr. V. Goehlert (*Virch. Arch.* t. 76, 3) stara się na podstawie postrzeganych 250 przypadków bliźniąt odpowiedzieć na niektóre pytania dotyczące porodów bliźniaczych. W powyższéj liczbie można było w 135 przypadkach dokładnie skonstatować wiek rodziców: największa liczba ojców liczyła lat 31 do 40, matek zaś 26—30. Bliźnięta rodziły się najczęściéj przy trzecim, czwartym i piątym porodzie, rzadko przy pierwszym a najrzadziéj przy ostatnim. Na podstawie 192 przypadków roztrząsa G. pytanie, ażali skłonność do rodzenia i płodzenia bliźniąt może być dziedziczną; w 132 przyp. (a więc w $^2/_3$) dziedziczność tę stwierdzono i to w równéj prawie liczbie ze strony ojca (62 przyp.) jak i matki (72). W przeważnéj liczbie dziedziczność dotyczyła dzieci (51·5%), reszta przypada na wnuków (29·5%) i prawnuków (19%). Stwierdzono także fakt, że dziedziczność ta może się potęgować, jeżeli tak w rodzinie ojca jako i matki rodziły się bliźnięta.

Prawdopodobna długość życia bliźniąt wynosi według G. blisko 1 rok, średnio 8·7 lat. Prawdopodobieństwo, że bliźniak żywo urodzony osiągnie 20ty rok życia, wynosi 0·4%. Bardzo często rodzą się bliźnięta nieżywe. Jest i to uwagi godném, że bliźnięta stosunkowo często żyją równie długo. Aż do roku 5go życia 72·8% zmarło w tym samym prawie wieku. Zdarza się, że i w późniejszym wieku bliźnięta umierają wkrótce jedno po drugiém.

Podanie ludowe o częściowéj niepłodności bliźniąt jest według G. do pewnego stopnia uzasadnione. Gdy bowiem na 100 małżeństw przypada około 18—20 bezpotomnych, tu liczba ta wynosi 28—29; tak, że prawie $^1/_3$ część bliźniąt żyjących w małżeństwie nie miało potomstwa.

ss) H. Roger omawia (*Brit. med. Journ.* z 3 stycznia 1880 r.) krwotoki towarzyszące krztuścowi, jako krwawienie z nosa, wynaczynionki na spojówce powiekowéj, krwotoki uszne itp. Szczególną uwagę zwraca R. na plucie krwią i wymioty krwawe u dzieci krztuścem dotkniętych. Według doświadczenia R. t. zw. plucie krwią (*haemoptysis*) jest tylko pozorném, gdyż krew odpluta podczas napadu kaszlu prawie zawsze pochodzi z jam nosowych, połyku, dziąseł, prawie nigdy zaś z płuc. Domieszka do krwi śluzu pienistego nie dowodzi bynajmniéj jakoby krew w tych przypadkach pochodziła z płuc. Krwotoki z dróg oddechowych nader rzadko zdarzają się u dzieci poniżéj lat 10, mianowicie nie pojawiają się takowe jako pierwszy objaw gruźlicy tak jak u dorosłych.

Podobnie rzecz się ma z wymiotami krwawemi. U dzieci krztuścem dotkniętych krew bardzo łatwo dostaje się z nosa przez tylne otwory nosowe do żołądka, gdzie się niekiedy w wielkiéj nagromadza ilości a późniéj zostaje wyrzuconą. Właściwe krwioplucie i wymioty krwawe zdarzają się w ogóle bardzo rzadko u dzieci, z wyjątkiem przypadków *purpurae hemorrhagicae*. Zdaniem R. przypady te należy wykreślić z rzędu objawów wikłających krztusiec.

(A. K.) Podług *London med. Record* i *Journal de med. et de Chirurgie pratiques*, które przytacza *Le Progrés médical*, Dr. John Clay zapisuje podług następującego wzoru terpentynę cypryjską (patrz Nr. 22 Przeglądu Lekarskiego i niniejszy) przeciw rakowi części płciowych niewieścich.

Rp. *Terebinthinae de Chio 8·0*
Aetheris Sulphur. 30·0
Mucil. gummi tragac. 120·0
Syr. simplic. 30·0
Flor. sulphur. 2·5
Aq. destill. 500·0.
DS. Trzy razy dziennie po 2 łyżki zażywać.
Lub też: Rp. *Terebinthinae de Chio 0·35*
Flor. sulphur. 0·2.
W dwóch pigułkach co 4 godziny zażywać.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 12go maja 1880.

Przewodniczący: Dr. Warschauer. Obecnych członków czynnych 30 i członek honorowy Protomedyk Dr. Biesiadecki.

1) Odczytano pismo Prezydyjum Magistratu M. Krakowa donoszące, że Rada M. Krakowa wybrała do komitetu mającego się zająć obchodem 50-letniego jubileuszu Prezesa Dr. Majera: pp. Radców miasta Baranowskiego, Cyfrowicza i Szlachtowskiego.

2) Resztę posiedzenia zajęła sprawa porozumienia się z Towarzystwem lekarzy gal. co do współdziałania.

Protomedyk Biesiadecki przedstawił, że wysłanie ze strony Tow. lekarzy galic. delegatów do Krakowa na wspólne narady w myśl uchwały tutejszego Towarzystwa napotyka na wielkie trudności i dla tego pragnąłby, o ile się da, układy dzisiaj zakończyć. A ponieważ Towarzystwo lekarskie krakowskie chce pozostać wyłącznym właścicielem Przeglądu Lekarskiego, przystaje prof. Biesiadecki na ten punkt pod warunkiem, jeżeli na odwrót fundusz żelazny Tow. lek. gal. będzie wyłączną własnością Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Propozycyję tę poparli koll. Domański i Zarewicz a wniosek prof. Biesiadeckiego poddany pod głosowanie przyjęty został jednomyślnie.

Na wniosek koll. Rydla i Domańskiego przyjęto roczną opłatę od każdego członka Tow. lek. krak. do kasy wsparcia w kwocie rocznéj 2 złr. w. a.

Prof. Biesiadecki oświadcza: że Tow. lek. galic. nie może ustanawiać dla członków swoich zbyt wysokiéj opłaty rocznéj, a więc téż nie może opłacać prenumeraty Przeglądu po 7 złr. rocznie, wnosi więc aby prenumeratę roczną oznaczono na 6 złr. 50 c. do 7 złr. Wniosek przyjęto.

Kol. Domański wniósł, aby podobnie jak Tow. lek. galic. ma ze swéj strony 2 członków stałych w komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lekarskiego, i nasze Towarzystwo miało prawo wysyłania 2 delegatów mających prawo wglądać w rachunki kasy wsparcia wdów i sierót. Protomedyk Dr. Biesiadecki zmodyfikował ten wniosek i ostatecznie uchwalono, że Towarzystwo lekarskie krakowskie mianuje z łona swego dwóch członków do Rady zawiadowczéj Towarzystwa lek. galic. i na walne zebrania tegoż.

W końcu upraszał radca Biesiadecki, aby Tow. lek. krak. ułożyło jak najśpieszniéj statut na podstawie tych układów i przesłało go Radzie Zawiadowczéj Tow. lek. gal. tak, aby przed walném zgromadzeniem mógł być wszystkim sekcyjom rozesłany.

Do ułożenia statutu wybrano komisyję, złożoną z koll. Rydla, Domańskiego, Zarewicza, Blumenstoka i Jana Rosnera.

Dr. Wasylewski.

V. W sprawie kosztów leczenia szpitalnego.

W sprawie téj, będącéj teraz na porządku dziennym, a obchodzącéj w wysokim stopniu społeczeństwo nasze, otrzymujemy od jednego z kolegów uwagi następujące, które chętnie umieszczamy, ponieważ w zupełności na takowe się piszemy:

W czasie ostatniego Sejmu Wydział krajowy otrzymał polecenie, aby zbadał w jakiéj mierze ustawa z r. 1875, uwalniająca gminy od kosztów leczenia swych ubogich, wpłynęła na coroczne powiększanie się dodatków krajowych szpitalnych.

Polecenie to zostało wystósowane w skutek wniosku posła Golejowskiego, popartego przez 23 innych członków Sejmu, aby zobowiązać gminy do zwrócenia funduszowi krajowemu przynajmniéj czwartéj części kosztów leczenia ubogich.

Wydział krajowy w niezmiernie sumienném, wyczerpującém i wszechstronnie wypracowaném sprawozdaniu rozebrawszy wszystko, co przemawiało za i przeciw ustawie 1875 roku, przychodzi do wniosku, że pomimo zwiększania kosztów leczenia nie należy ich przenosić ponownie na gminy ani w całości ani w części.

W krótkich słowach przypomnimy losy téj sprawy, która od 1870 do 1874 corocznie przychodziła na stół Sejmu, zawsze poruszana przez posłów włościańskich lub reprezentantów stanu włościańskiego, w śród którego ustawa 1868 r. była bardzo niepopularną.

Do 1825 r. koszta leczenia ubogich płaciły gminy. W 1825 roku obowiązek ten przeniesiono na konkurencyję obwodową, a że był to ciężar zbyt wielki i dla obwodów, w roku 1855 przeniesiono go na konkurencyję całego kraju. Powodem rozłożenia obowiązku tego na szersze koło była przewodnia myśl, że zdrowie i życie obywateli jest sprawą, która nie tylko leży w interesie gminy i obwodu, ale i całego kraju. Znaczne jednak obciążenie budżetu krajowego kosztami leczenia ubogich było przyczyną, że po 14 latach istnienia stanu tego w listopadzie 1868 ciężar ten za uchwałą Sejmu z silnych ramion kraju częściowo zepchnięto znowu na wątłe barki gmin naszych.

Jak tylko ustawa ta została zastósowaną, powstał okrzyk boleści we wszystkich gminach i we wszystkich miastach, w których szpitale powszechne się znajdowały. Gminy przestały natychmiast posyłać chorych do szpitali, a jeżeli takowi sami się tam zgłaszali, odbierano ich jak najprędzéj, lub zmuszano do wyjścia, odmawiając dalszéj opłaty za kuracyję, albo po powrocie zniewalając do opłacania należytości za leczenie bez względu na stan majątkowy rekonwalescenta. Jeden podobny przykład wystarczał, żeby całą gminę odstręczyć od leczenia się w szpitalu. Sceny, jakich dopuszczali się wójtowie gmin względem ludzi powracających ze szpitala, były zastraszające. Niejeden rekonwalescent niewypłacalny był tak strasznie osmagany za to, że naraził gminę na koszt, iż każdemu przeszła ochota korzystania z téj humanitarnéj instytucyi. Nie były to jednak tylko nadużycia wójtów. Poseł ks. Król motywując wniosek swój względem zniesienia téj ustawy powiedział: „wójci w okropném znajdują się położe-„niu, bo gdy się okaże, że wójt wydał komu świadectwo ubó-„stwa, a w skutek tego szpital upomina się o zwrot kosztów, „to nietylko słowem lecz czynem bywa zelżony, albo co „gorsza, podpalą go jeszcze, co się dość często zdarzało.“ Lud szemrał i sarkał i corocznie przez posłów swych prosił, aby go uwolniono od tego ciężaru. Corocznie też do Sejmu wpływały w téj sprawie petycyje gmin w ogromnéj ilości, a gdy ks. Król w r. 1874 po raz trzeci uczynił wniosek o przeniesienie kosztów leczenia ubogich z gmin na kraj, wszyscy reprezentanci stanu włościańskiego i posłowie włościańscy podpisali wniosek, dopominając się przyjęcia tegoż. W tym czasie gminy przysyłały deputacyje do posłów swoich, aby

starali się o zniesienie tego uciążliwego obowiązku. Sprawa więc ta nie mogła być ani pominiętą, ani odroczoną. W komisyi administracyjnéj, do któréj po raz trzeci była odesłaną, utworzyły się dwie opinije, przedstawiono dwa wnioski, jeden przeciw zniesieniu, drugi za zniesieniem ustawy z 1868 r. Wniosek mniejszości opierał się zmianie ustawy, bo zmiana ta wkładała na kraj wielkie ciężary. Wniosek ten jednak upadł i zwyciężyła większość, która przedstawiała, że jeżeli ponoszenie kosztów leczenia ubogich jest ciężarem dla kraju, to dla gmin jest nieraz okropną klęską, bo często koszta te o kilka razy przewyższają roczny dochód gminy.

Z przyjęciem kosztów leczenia ubogich na kraj zaświtała nowa era dla szpitali naszych. Polepszyły się warunki sanitarne w całym kraju i w szpitalach, w których śmiertelność znacznie zmalała dla tego, że zaczęto przywozić mniéj chorych dopiero w stanie konania. Jednocześnie zastraszająca liczba dotkniętych kiłą, która coraz silniéj rozwielmożniała się w kraju, zaczęła się zmniejszać.

I właśnie w takiéj chwili rozwoju poseł Golejewski wydobywa na nowo wniosek, aby zrzucić na gminy część ciężaru ponoszenia kosztów leczenia ubogich, to jest powtórzyć eksperymet nieudały w 1825 i w 1858 roku.

Zdrowie mieszkańców wpływa na zmniejszenie nędzy, na zmniejszenie zbrodni, a têm samém na podniesienie moralnego stanu ludności. Są społeczeństwa, które bardzo mało dbają o zdrowie, a do takich należy nasze w warstwach niższych, gdzie wszelkie zarządzenia połączone z wydatkiem napotykają na opór nieprzezwyciężony. Zadaniem więc szerszéj społeczności jest zastąpić tych, co swych obowiązków nie pojmują dobrze, lub nie są w stanie należycie im odpowiedzieć. Przyjęcie kosztów leczenia ubogich na fundusz krajowy jest to tylko wzajemna asekuracyja, oddająca usługi nie tylko ubogim, ale i krajowi, bo mu przysparza sił pracujących i zdrowych.

Gdyby koszta leczenia przeszły na gminę, czy to w czwartéj części, czy w dziesiątéj, czy nawet w pięćdziesiątéj, będzie zadany straszny cios zdrowiu najuboższéj klasy ludności, a zarazem ekonomicznym stosunkom kraju. Gminy, zmuszone do płacenia kosztów leczenia, przestaną wydawać świadectwa ubóstwa nawet takim, którzy mają parę morgów ziemi, albo krówkę lub konia dla przekarmienia siebie i całéj rodziny. A kto się przyglądnął gospodarstwu włościańskiemu, wie dobrze, że dla gospodarza na trzech morgach zapłacenie jakich 60 złr. za koszta leczenia równa się ostatecznéj ruinie i jest klęską, po któréj już się podźwignąć nie może.

Będą i muszą płacić koszta szpitalne przeważnie najubożsi, bo gdzie bieda i nędza, tam i choroba. Sejm z jednéj strony pracuje nad podniesieniem dobrobytu ludności, z drugiéj zaś strony wracając do dawnéj ustawy sam się będzie przyczyniać do rozwoju głodnego proletaryjatu. Być może, że ktoś powie, że prawdziwą biedę uwzględnić można i przyjść jéj w pomoc darowaniem kosztów leczenia, lecz na to odpowiemy, że z podobnego dobrodziejstwa skorzysta wykształceńszy, światlejszy, a zatém i sprytniejszy; ciemny zaś i znękany nie uda się do opieki kraju, lecz zginie z choroby, bez pomocy, bo gminy nie mają domów przytułku, lub w nędzy, obdarty ze środków do życia w skutek przebytéj choroby.

Jeżeli powrócimy do dawnego systemu, to w bardzo krótkim czasie potrzeba będzie zamknąć większą część naszych prowincyjonalnych szpitali ze szkodą dla zdrowia ludności, bo w skutek zmniejszenia się liczby chorych, szukających opieki szpitalnéj, na pokrycie wszystkich administracyjnych wydatków, które czy dla pięciu czy dla stu chorych są jednakowe, potrzeba będzie powiększyć taksę leczenia. Powiększenie zaś taksy, odbijając się na gminach, wywoła zmniejszenie frekwencyi, a nareszcie kompletny upadek szpitali, których środki zależą do ilości dni leczenia. I nastąpi chwila, gdy będziemy mieli 23 prowincyjonalne szpitale, z takim trudem i pracą doprowadzone do należytego stanu, bez chorych, a tuż obok pod płotami i w rowach umierających nędzarzy, nie mogących wstąpić do tego przytułku, bo tam wprawdzie można odzyskać zdrowie, ale téż niechybnie zrujnować całą rodzinę.

I znowu usłyszymy, że ludzie giną, mrą masami, a do szpitala nie idą z obawy, żeby im nie sprzedano ostatniego mienia, zaledwo na utrzymanie rodziny wystarczającego, dla opłacenia należytości za leczenie. Znowu przed Sejmem przedstawią fakt, że ksiądz prosił ordynującego lekarza, aby nie przyjmował chorego włościanina do szpitala, z obawy, że go zabiją potém, gdy gmina będzie musiała płacić za niego. Znowu dowiemy się, że na stu chorych przywiezionych do szpitala 20 lub 30 było w stanie konania!

Są to fakta, które podnoszono w obec Sejmu, gdy walczono o zniesienie ustawy 1868 roku.

Koszt leczenia ubogich w naszym kraju rocznie wynosi zwyż 600,000 złr., tj. 9·9 ct. dodatku od każdego guldena podatku, a zatém prawie piątą część budżetu. Wydatek jest wielki, to prawda, lecz gdy w innych krajach, nawet tak nisko stojących jak Rumunija, wszystkie szpitale utrzymują się z fundacyj dobroczynnych, u nas na szpitale, na utrzymanie ubogich chorych w prywatnéj dobroczynności nie wpływa ani grosza. Gminy nasze są ubogie i dla tego nie można ich porównywać z bogatemi krajami cesarstwa, gdzie gminy w części ponoszą koszta leczenia za ubogich (Górna-Austryja i Tyrol). U nas kraj musi wziąść na barki swoje to, co gdzieindziéj stanowi obowiązek gminy, bo ona nie jest w stanie podołać ciężarowi temu.

Wzywamy więc Sejm w imieniu ubogich, w imieniu włościan, którzy losy swe oddali w ręce inteligencyi w przekonaniu, że oni lepiéj ochronią ich od ustaw fatalnych, wzywamy nareszcie w imieniu szpitali, aby nie zmieniał swéj zbawiennéj uchwały z r. 1874. Niech natomiast rozkaże Wydziałowi krajowemu raz jeszcze wprowadzić największą oszczędność we wszystkich gałęziach administracyi szpitalnéj, niech rozkaże usunąć mniej potrzebnych funkcyjonaryjuszów w szpitalach, jeżeli gdzie są; niech rozciągnie jak najostrzejszą kontrolę nad świadectwami ubóstwa wydawanemi przez gminy, jedném słowem niech podwoi, potroi te oszczędności, które poczynił w roku 1878 i 1879 i zrobi wszystko co można, żeby rubryka ta była mniejszą, lecz niech ustawa 1874 roku pozostanie nietkniętą. Przyszłość pokaże niechybnie, że takie postępowanie przyniesie więcéj korzyści, niż zmiana ustaw co lat kilka. W wielkich sprawach społeczeństw każda omyłka sprowadza nieobrachowane następstwa, masy cierpień, masy nieszczęść i upadków. Strzeżmy się tego!

Oprawa przeciwgnilna a medycyna sądowa.

Pod tym tytułem, zwracającym na siebie uwagę powszechną, ogłaszają tygodniki lekarskie wiedeńskie według jednego z czasopism bawarskich wykład miany przez gorliwego zwolennika postępowania przeciwgnilnego, prof. Nuss-

bauma w Monachijum, na zakończenie wykładów swoich klinicznych w półroczu zimowém. Brak miejsca i czasu niedozwala nam podać dosłownego tłumaczenia wykładu, bądź jak bądź bardzo ciekawego i otwierającego nowe poglądy, z którémi odtąd każdy lekarz sądowy liczyć się musi, choćby się na nie bezwzględnie nie pisał; podamy więc tylko streszczenie dokładne, aby czytelnik wiedział, o co się znakomitemu chirurgowi rozchodzi, i abyśmy w końcu mogli wyłuszczyć zapatrywanie swoje na kwestyję przezeń poruszoną.

Rozpoczyna wykładający od stwierdzenia faktu, że niesłusznie chwalimy przeszłość a oskarżamy czasy obecne, bo jeżeli myśli o wymierzaniu sprawiedliwości, wtedy przeklina przeszłość a korzy się przed teraźniejszością. Ale czas potężny, który wszystko zmienia, wpływa także i na zmianę t. zw. prawd naukowych. Co przed 10 laty uchodziło za pewnik, dziś może już nim nie jest wcale, a pewnik dzisiejszy może już po upływie 10 lat okaże się bezzasadnym. Tu przytacza N. zdanie Walthera, że człowiekowi nigdy się nie powiedzie, zajrzeć do głębi oka, zdanie Dieffenbacha, że wycięcie jajnika jest zbrodnią, bo organizm nigdy nie zniesie podobnego rękoczynu; przytacza daléj, jak niedawno jeszcze obrażenie jelita uważano jako śmiertelne, wycięcie raka żołądkowego jako bezwzględnie niemożebne. Najważniejszą atoli jest reformacyja chirurgiczna, która w ostatnich latach się dokonywała, a nie wystarcza wcale, że kilku znakomitych lekarzy sądowych zwróciło na nią uwagę swoją, potrzeba, aby ją uwzględniło i prawodawstwo. Przed niewielu laty powszechném było przekonanie, że ból, zapalenie, gorączka, występujące po zranieniu, są koniecznem i nieodzowném oddziaływaniem samego zranienia; Billroth był pierwszym, który orzekł, że u ranionych wszystkie zboczenia ogólne i miejscowe pochodzą od rozkładu produktów rany i że tych następstw nie ma, jeżeli między brzegami rany nie ma wcale wydzieliny, przynajmniéj jeżeli nie ma wydzieliny cuchnącéj. Pasteur i Lister dostarczyli dowodów, że rozkład wydzieliny ran nie odbywa się we wnętrzu ustroju, lecz wywołany zostaje przez wpływy zewnętrzne i że nie przystęp powietrza jest przyczyną rozpoczynającego się rozkładu, lecz pył, grzybki itd., w powietrzu zawarte. O téj prawdzie dziś już żaden(?) chirurg nie wątpi, a wielki pomysł Listera, który znalazł środek niedopuszczania do rany szkodliwości zewnętrznych lub usunięcia takowych, dokonał reszty w reformie i tym sposobem uzyskaliśmy wyniki lecznicze, które przed niewielu jeszcze laty uważano wprost za niemożebne. Ropnica, zgorzel szpitalna, róża, wyrugowane zostały ze szpitali, śmiertelność w oddziałach chirurgicznych zmniejszyła się o połowę, a przekonano się nawet, że ciężkie uszkodzenia goić się mogą bez najmniejszego (?) nadwerężenia zdrowia ogólnego. W obec tego faktu wielce pocieszającego wzmogła się odpowiedzialność lekarza: skoro można zapobiedz reakcyi zranienia, częstokroć tak niebezpiecznéj dla życia, więc zaniechanie przepisów przeciwgnilnych jest opieszałością ze strony lekarza, a nowe przepisy prawne stają się koniecznemi. Na dowód téj potrzeby przytacza N. kilka przykładów: Jeżeli przed kilku laty lekarz sądowy w południe odbył sekcyję dziecka zgniłego, po południu uskutecznił sekcyję młodzieńca zmarłego z ropnicy z powodu rany głowowéj, wyniesionéj z pojedynku, a potém po staranném obmyciu sobie rąk ciepłą wodą i mydłem pojechał do szpitala, aby zbadać człowieka, który miał ranę kłótą na brzuchu, — jeżeli lekarz sądowy dawniéj wszystkie te czynności odbył jednego dnia w ciągu kilku godzin, to w tém nie widziano nic zdrożnego, owszem mniemano, że lekarz sądowy spełnił należycie obowiązki swoje. Daléj przytacza N. wizytę swoją u Nélatona w r. 1856; wielki operator mając przystąpić do operacyi tętniaka tętn. pośladkowéj zaprowadził słuchaczów swoich nasamprzód do sali sekcyjnéj i na trupach wyłożył metodę operacyjną, jaką zamierzył w chwilę potém stósować u pacyjenta swego; i istotnie Nélaton wykonał świetnie rękoczyn i zyskał oklaski od wszystkich przytomnych, a gdy pacyjent w 10 dni potém umarł z ropnicy, nikt nie śmiał wyrazić się niekorzystnie o postępowaniu Nélatona. Dziś, kto chce być widzem przy operacyi owaryjotomii u Billrotha, musi pod słowem honoru podpisać rewers, że w ostatnich dniach nie był w sali sekcyjnéj; Spencer-Wells żąda jeszcze więcéj, a Hegar i Schröder przed przystąpieniem do owaryjotomii biorą kąpiel i czystą bieliznę, czyszczą sobie nie tylko ręce ale i ramiona kwasem karbolowym i tego samego żądają od asystentów i posługaczy. Za to téż dawniéj wszyscy, którzy ponieśli byli rany przeszywające ściany brzuszne, ginęli z zapalenia otrzewny, choćby rany były bardzo małemi; teraz przeciwnie przecinamy ściany brzuszne w długości 30 cm., wyjmujemy obrzęk ważący 25 funtów, zaszywamy ściany brzuszne a chore wcale niedomagają (!), nie mają ani bólu ani gorączki (!). Należyte przestrzeganie wszystkich ostrożności przeciwgnilnych usuwa choroby przypadkowe przyranne. Do tych ostrożności należy i czystość należyta ręki; obmywanie wodą i czyszczenie mydłem wcale nie wystarcza; szkodliwości wywołujące zgniliznę mogą mieścić się i we wodzie i w mydle; potrzeba koniecznie użycia 5% roztworu kw. karbolowego. Jednorazowe dotknięcie się rany palcem chirurgicznie nie czystym może stać się zabójczém dla ranionego; w tém nie ma żadnéj przesady. Wprawdzie nie zawsze przebieg jest tak fatalnym, jeżeli rana styka się z ręką lub przedmiotami nie uległemi desinfekcyi, ale wystarcza możebność a z drugiéj strony pewność, że zgniliznie i wszelkim chorobom przyrannym zapobiedz można przez należyte stósowanie oprawy przeciwgnilnéj.

Według ustawy karnéj niem., §. 222, karanym będzie więzieniem aż do 5 lat, „kto przez opieszałość staje się przyczyną śmierci człowieka,“ daléj według §. 230 karze się grzywną aż do 600 marek lub więzieniem aż do 2 lat każdego, „który przez opieszałość wywołuje obrażenie cielesne „u człowieka; a jeżeli sprawca do uwagi, któréj zaniechał, „był obowiązany na mocy swego urzędu, powołania lub prze„mysłu, kara może być rozciągniętą aż do 3ch lat więzienia.“ (Podobne przepisy zawiera i ustawa karna austryjacka w §. 335 oraz projekt nowéj ustawy karnéj w §§. 233 i 241 *Sprawozd.*) Jeżeli więc lekarz człowieka, który poniósł obrażenie głowy, leczy według starego sposobu, a chory dostanie rózy a następnie podpadnie zapal. opon mózgowych i umrze, a więc postrada życie śród objawów, których się nigdy już nie widzi, jeżeli człowiek z obrażeniem głowy dostanie się w ręce „antiseptycznie wyćwiczone,“ — czyż lekarz nie wykracza przeciw §. 230 ustawy karnéj? A ów lekarz sądowy, o którym wyżéj była wzmianka (co to w ciągu pół dnia miał aż 3 komisyje sądowe, *Sprawozd.*), czy nie staje się winnym opieszałości?

Liman w dziele swojém twierdzi, że homojopatyję i hydropatyję częstokroć obwiniać można o opieszałość, ponieważ gardzą ważnemi i skutecznemi środkami lekarskiemi. N. nie podziela tego zdania, bo w medycynie wewnę-

trznéj rzadko kiedy powiedzieć można, że niebezpieczeństwo dla życia usuwa się, jeżeli się stosuje pewien środek w danym przypadku, a tylko w takim razie możnaby homojopatyję i hydropatyję posądzić o opieszałość; tego jednak czynić nie można, zwłaszcza gdy stosunki śmiertelności w allopatyi, homojopatyi i hydropatyi w ogóle są sobie bardzo podobnemi. — Inaczéj się ma rzecz w oprawie przeciwgnilnéj; od czasu zaprowadzenia takowéj w klinice wykładającego umiera o połowę mniéj, aniżeli poprzednio; umierają prawie tylko „suchotnicy, cierpiący na raka, zdruzgotani, „oparzeni, charłacy, samobójcy itd.“ Już nie umierają z ropnicy młodzi, czerstwi ludzie, ktorzy z obrażeniem przybywają do szpitala; ludzie z obrażeniem głowy, którzy dawniéj umierali z zapalenia opon mózgowych, opuszczają teraz szpital po upływie kilku dni wyleczeni; ciężko ranni, którzy dawniéj całemi tygodniami gorączkowali i ginęli z ropnicy, teraz wychodzą w kilka dni, nie cierpiąc gorączki ani w ogóle słabości. Chorzy, którzy ponieśli obrażenia czaszki za pomocą dzbanów lub casse-tête, wszyscy(!) opuszczają teraz szpital wyleczeni w ciągu 14—20 dni. A wszystko to nie jest trafem, lecz stanowczo twierdzić można, że jeżeli postępowanie przeciwgnilne było odpowiedniém, jeżeli nie popełniono błędu(!), wtedy wyleczenie następuje z pewnością i bez reakcyi (!). Tu N. powołuje się na orzeczenie pewnego lekarza sądowego, który przy rozprawie, w któréj rozchodziło się o śmierć studenta skutkiem obrażenia głowy, zmarłego z następowego zap. opon mózgowych, a leczonego starym trybem, — orzekł stanowczo, że wszystko to byłoby niemożebném, gdyby rana leczoną była antiseptycznie.

(Dokończenie nastąpi).

Hippokrata:

O powietrzu, wodach i miejscach.

Z greckiego przełożył
prof. Dr. Józef Oettinger.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

10. Pory roku tak należy badać, chcąc rozpoznać, jaki będzie rok, chorobliwy czy zdrowy. Jeżeli według prawidła odbywają się znaki przy gwiazd zachodzie i wschodzie, jeżeli w jesieni są deszcze, a zima umiarkowana, ani bardzo łagodna, ani nie przekracza miary zimnem, jeżeli na wiosnę deszcze przychodzą w porę równie jak i w lecie, to oczywiście taki rok bywa najzdrowszy. Jeżeli zaś zima jest sucha i mroźna, a wiosna deszczowa i południowa, to lato koniecznie wywoła gorączki i sprowadzi zapalenia oczu i czerwonki. Skoro bowiem nagle nastanie skwar, podczas gdy ziemia będzie jeszcze wilgotna od deszczów wiosiennych i od wiatru południowego, to zrodzi się gorąco podwójne: jużto od ziemi przemokłéj i ciepłéj, jużto od dopiekającego słońca, w porze, gdy ludziom jeszcze się brzuchy nie ściągnęły, ani téż mózgi podeschły, nie podobna bowiem, aby śród takiéj wiosny nie przewilgło ciało i mięso; napadną więc wszystkich gorączki najostrzejsze, zwłaszcza téż wozgrzywych. I czerwonki snać powstaną równie kobietom jak postaciom najwilgotniejszym. A jeżeli za nadejściem kanikuły deszcz nastanie i burza i wiatry doroczne (οἱ ἐτησίαι, etezyje) dąć będą, to jest nadzieja, że to ustanie i że jesień zdrowa nastąpi; inaczéj jest obawa, że śmierć spadnie na dzieci i niewiasty, najmniéj zaś na starców i że ci, co ocaleją, popadną w końcu w czwartaczki a z czwartaczek w puchliny. Jeżeli zima będzie południowa i deszczowa i łagodna, wiosna zaś północna i sucha i zimna, to niewiasty, które właśnie są brzemienne, a którym poród przypada na wiosnę, poronią, te zaś co porodzą, wydadzą na świat dzieci bezsilne i chorowite tak, że albo zginą niebawem, albo żyć będą wycieńczone, słabe i schorzałe. Cierpienia takie zagrażają niewiastom, reszcie zaś czerwonki i zapalenia oczu suche a niektórym toki z głowy do płuca. Owóż wozgrzywym przypadną rozumie się czerwonki tudzież kobietom, z wozgrzy spływającéj od mózgu z powodu ich wilgotnéj przyrody; żółciowym zaś zapalenia oczu suche dla ciepłoty i suchości mięsa; starcom zaś toki z powodu rozrzedzenia i rozpływu żył, tak że nagle jedni giną, drudzy porażeni bywają po stronie prawéj lub lewéj. Skoro albowiem, gdy zima jest południowa a ciało ciepłe, krew i żyły się nie ściągają, gdy więc potém nadejdzie wiosna północna i sucha i zimna: to mózg wtedy, gdy razem z wiosną miał się rozwalniać i oczyszczać przez sapkę i chrypkę, stęża się właśnie i ściąga, tak, że nagle za nastaniem lata i gorąca i dokonaniem zmiany, takie choroby wybuchnąć muszą. Tym miastom, co leżą dogodnie do słońca i wiatrów, a wód używają dobrych, takie zmiany mniéj dają się we znaki, tym zaś, co wód brudnych i bagnistych używają, a leżą niedogodnie do wiatrów i do słońca, bardziéj. A jeżeli lato będzie suche, prędzéj ustają choroby; jeżeli zaś deszczowe, przewlekają się i jest obawa, aby gdy, wrzód się utworzy, nie przybrał on za łada przyczyną cechy żrącéj. Biegunki pokarmowe (λειεντερίαι, *lienteriae*) i puchliny na zakończenie chorób się wywięzują, nie tak łatwo bowiem brzuchy wysychają. Jeżeli zaś lato będzie deszczowe i południowe równie jak jesień, to zima koniecznie będzie chorobliwa a osobom wozgrzywym i starszym lat czterdziestu wydarzą się niechybnie piekączki, żółciowym zaś zapalenia boków i płuc. Jeżeli zaś lato jest suche i północne a jesień deszczowa i południowa, to powstają snać bóle głowy i nadwerężenia mózgu a prócz tego chrypki i sapki i kaszle, niektórym zaś i suchoty. Jeżeli żaś jest północne i bezwodne i ani pod kanikułę, ani pod porę ogona niedźwiedzicy (*Arkturus*) deszczowe, to z przyrody wozgrzywym służy wybornie, tudzież mającym przyrodę wilgotną i niewiastom; żółciowym zaś jest nader wrogie, wysychają bowiem bardzo i dostają zapaleń oczu suchych i gorączek ostrych a przewlekłych, niektórzy nawet zadumy. Część bowiem najwilgotniejsza i najwodnistsza żółci spożywa się a pozostaje to, co najgrubsze i najostrzejsze, i ze krwią ta sama odbywa się sprawa, z czego te właśnie wydarzają się im choroby. Wozgrzywym zaś wszystko to jest pomocne, podsychają bowiem i dochodzą do zimy nie rozwilgnieni, lecz należycie przeschli.

11. W taki sposób badając i śledząc przewidzieć można po największéj części, jakie ze zmiany pór nastąpią skutki. Strzedz się najbardziéj należy zmian największych i nie dawać wtedy umyślnie leków czyszczących, ani przyżegać czegoś około brzucha, ani nacinać, dopóki nie przeminie dziesięć dni lub więcéj. Największe zaś i najgroźniejsze są oba zwroty słońca, najbardziéj letni, oraz zrównania dnia z nocą, bardziéj zaś jesienne. Potrzeba też strzedz się wschodu gwiazd a najbardziéj psa (kanikuły), potém ogona niedźwiedzicy, także zachodu Plejad, choroby albowiem najbardziéj w tych dniach się rozstrzygają i jedne zabijają, dru-

gie ustają a reszta wszystka przechodzi na inną postać lub na inną dolą. Owóż, jak się z tém ma.

(Rozdziały 19ty do 22go włącznie podane były poprzednio w numerach 2gim, 3cim i 5tym r. b.).

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie departamentu V Wydziału Krajowego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23)

Umieszczanie obłąkanych w Żółkwi i w Przemyślu. Przy uchwalaniu budżetu krajowego zakładu dla obłąkanych na Kulparkowie w dniu 19 października 1878 r., polecił Wysoki Sejm Wydziałowi krajowemu: ażeby bez uchwalenia sejmowego nowych filij zakładu dla obłąkanych nie zakładał, ani istniejących w Przemyślu i Żółkwi nie rozszerzał, przeciwnie, ażeby z nich polecił wydalić obłąkanych nieuleczalnych, nie zagrażających bezpieczeństwu publicznemu i obyczajności i starał się o stopniowe o ile być może jak najrychlejsze zwinięcie tych filij.

Wypełniając pierwszą część tego polecenia, Wydział krajowy nie tylko nie założył żadnéj nowéj filii i istniejących nie rozszerzył, nie tylko nie pozwolił na umieszczenie większéj nad dotychczasową liczbę obłąkanych w Żółkwi i w Przemyślu, lecz zarządził wydalenie z zakładów naszych wszystkich spokojnych chorych na umyśle, którzy nie zagrażają ani publicznemu bezpieczeństwu, ani obyczajności. Liczba takich chorych, przeznaczonych do wydalenia, wynosiła w Kulparkowie 35, w Żółkwi 4, a w Przemyślu 3. Miejsca po nich opróżnione zajęli niebawem inni chorzy, kwalifikujący się zupełnie do pobytu w zakładzie, w którym takim sposobem pozostają tylko niebezpieczni dla społeczeństwa. Przymusowe to wydalenie wywołało mnóstwo próśb i reklamacyj tak ze strony rodzin nie mogących dać sobie na razie rady z chorymi, jak ze strony gmin, wzbraniających się odebrać obłąkanych z powodu braku środków do urządzenia dla nich odpowiedniéj opieki i stósownego przytułku; zakładu zaś nie uwolniło odrazu od przeznaczonych do wydalenia. Dawniéj bowiem, kiedy obłąkani byli umieszczeni w szpitalu powszechnym we Lwowie, jeżeli gmina przynależności nie odbierała ozdrowieńca lub nieuleczalnego ze szpitala w oznaczonym przez dyrektora terminie, oddawano chorego gminie miasta Lwowa, a ta postępowała z nim według obowiązujących przepisów. Po przeniesieniu obłąkanych do Kulparkowa obowiązek odstawiania chorych do właściwéj gminy przeszedł na zakład, który w wypełnianiu obowiązków obszaru dworskiego sam musi się troszczyć o sposób wydalania obłąkanych, albowiem gmina kulparkowska, niepołączona z obszarem dworskim, wolną jest od téj powinności. Ztąd pochodzi, że zakład zmuszony jest trzymać przeznaczonych do wydalenia częstokroć po kilka tygodni nad wyznaczony termin, dopóty, dopóki ich właściwa gmina wezwana nie odbierze.

Co do drugiéj części rezolucyi Wysokiego Sejmu, polecającéj nam staranie się o stopniowe, o ile być może jak najrychlejsze, zwinięcie filij w Żółkwi i w Przemyślu, rzecz się ma jak następuje: W roku 1879 znajdowało się we wszystkich zakładach dla obłąkanych kraju naszego 700 łóżek dla chorych tego rodzaju. Mianowicie w Kulparkowie 500, w Żółkwi 70, w Przemyślu 80 i w Krakowie 50. W ciągu roku 1880 przybędzie przez przeniesienie obłąkanych ze szpitala św. Ducha do nowego pawilonu u św. Łazarza w Krakowie około 20 miejsc; skutkiem zaś przeniesienia kancelaryi i pomieszkań dyrektora, kapelanów i urzędników do nowego budynku administracyjnego na Kulparkowie, około 60 miejsc. Będzie zatém do rozporządzenia we wszystkich naszych zakładach razem około 780 łóżek dla obłąkanych. W roku 1876 przebywało w naszych zakładach 988 obłąkanych, w roku 1877 było ich 1161, a w 1878 roku 1147. Razem w powyższych trzech latach 3297, czyli średnio w roku po 1099. Oprócz tych znajdowało się—wedle dat dostarczonych nam przez c. k. Namiestnictwo odezwą z dnia 13 grudnia 1878 l. 62.468 — w roku 1877 w kraju naszym 2149 takich obłąkanych, którzy jeszcze w żadnym zakładzie pomieszczeni nie zostali. Pomiędzy nimi znajduje się: *a*) szałowych 416, *b*) melancholików 969, *c*) z pomięszaniem umysłu 114, *d*) niedołężnych na umyśle 299, *e*) z chorobą umysłową porażenną 259 i *f*) z chorobą umysłową połączoną z padaczką 92. Choćbyśmy chorych na pięć ostatnich form obłąkania nie brali w rachubę i pominęli procent niebezpiecznych społeczeństwu, jaki się między nimi bez wątpienia znajduje, toć sami szałowi — a jest ich 416 — powinniby, już dla samego bezpieczeństwa mieszkańców kraju, znaleść umieszczenie w zakładach. Należałoby zatém mieć do dyspozycyi miejsc przynajmniéj na 1099 + 416, tj. na 1515 obłąkanych.

Ruch chorych na umyśle wykazuje, że w r. 1878 w naszych zakładach krajowych, posiadających 700 łóżek, było pielęgnowanych 1147 obłąkanych w 234,983 dniach. Średni czas pobytu jednego chorego wynosił 205 dni. Jeżeli tę ostatnią liczbę pomnożymy przez wyżéj wykazaną liczbę kandydatów do zakładu (205×1515), to wypadałoby spodziewać się 310.575 dni leczenia. A ponieważ w ciągu całego roku 1878 każde łóżko zajęte było przez (234.983:700 =) 335 dni, więc należałoby mieć (310.575 : 335 =) 927 łóżek do dyspozycyi, — rozumie się, gdyby ruch chorych na umyśle został taki sam jak w roku 1878. Zachodzi jednak obawa, że ruch ten się wzmoże. Doświadczenie bowiem ostatnich lat, stwierdzone datami statystycznemi (*Zur Statistik der Geisteskrankheiten* Dr. J. L. A. Koch. Stuttgart 1878) wykazuje, że we wszystkich krajach liczba obłąkanych rośnie proporcyjonalnie do wzrostu ludności. I tak w Prusiech powiększyła się w ciągu czterech lat o jedną trzecią część, we Francyi pomnożyła się w 17tu latach pięć razy, a w Szwecyi podwoiła się w piętnastu latach. Obliczenia urzędowe — aczkolwiek nie dosyć ścisłe — wykazują, że się i u nas w kraju liczba obłąkanych z roku na rok wzmaga. W roku 1835 miało ich być 2581, w 1876 roku 3288, a w 1877 roku 3311. Napływ jednak chorych do zakładów coraz więcéj rosnący pozwala przypuszczać, że liczby te, aczkolwiek pomnożenie się chorób umysłowych konstatują, są za nisko wzięte. Napływ ten niepomierny spowodował przepełnienie zakładu Kulparkowskiego, zostającego w stadyjum rozwoju, i stał się tém samém jedną z przyczyn smutnych wypadków, które się tam w owym czasie wydarzyły, a które słusznie opiniję publiczną zaniepokoiły i oburzyły.

Z wiosną r. 1879 tak wielu obłąkanych do Kulparkowa zwożono, że dyrekcyja zapełniwszy już wszystkie miejsca, czuła się zniewoloną upraszać Wydział krajowy o pozwolenie przesłania do Przemyśla o 20 obłąkanych kobiet więcéj, niżeli ich się tam dotąd znajduje. W obec wyraźnego zakazu, mieszczącego się w rezolucyi Wysokiego Sejmu, o któréj niniejszém sprawę zdajemy, nie uwzględniliśmy téj prośby, aczkolwiek za nią względy ludzkości, gospodarności i oszczędności przemawiały. Dawniéj jeszcze, bo dnia 28 lipca 1878 r., wydało c. k. Namiestnictwo pod L. N. 39.395 w skutek naszéj odezwy z dnia 9 lipca L. W. 34.098 okólnik do wszystkich panów Starostów i do Prezydentów miast Lwowa i Krakowa, wzywający ich: „ażeby z powodu przepełnienia chorymi zakładu w Kulparkowie zechcieli polecić lekarzom powiatowym i miejskim, aby tylko w tych przypadkach, w których umysłowo chory zagraża publicznemu bezpieczeństwu lub obyczajności publicznéj, wydawali świadectwo kwalifikujące go do przyjęcia do zakładu, i aby pouczyli gminy w ich własnym jakoteż w interesie chorych i ich rodzin, aby, zanim chorego do zakładu kulparkowskiego wyślą, zapytywały wprzódy dyrekcyję, czy na mocy przedłożonych dokumentów jest dla niego miejsce w zakładzie lub nie?“ Skutek był taki, że się wprawdzie napływ chorych do zakładu chwilowo zmniejszył, lecz za to przybyło obłąkanych w szpitalach krajowych i prowincyjonalnych. Podczas kiedy w r. 1876 przebywało we wszystkich naszych szpitalach powszechnych na obserwacyi tylko 63 chorych na umyśle, było ich w 1877 roku 109, a w 1878 roku nawet 176. Wszystko to udowadnia, że dotychczas nie posiadadamy w zakładach krajowych tyle miejsc dla obłąkanych, ileby rzeczywista potrzeba wymagała. Tego samego zdania było c. k. Namiestnictwo, przedkładając nam rokrocznie (odezwami z dnia 19 września 1877 l. 270.6, z dnia 14 kwietnia 1878 l. 15.662, z dnia 23 lipca 1878 l. 49.629 i z dnia 17 listopada 1879 l. 32.306) wnioski c. k. krajowéj Rady zdrowia, pomiędzy któremi znajduje się stale wniosek o pomnożenie lub rozszerzenie zakładów dla obłąkanych.

Przepisy odnoszące się do obowiązku przyjmowania i umieszczania ubogich chorych na umyśle w publicznych zakładach,

znajdują się: *a*) w rozporządzeniu gubernijalném z dnia 24 września 1824 r. l. 54.783 w ustępie brzmiącym: „Celem przyjmowania obłąkanych do szpitala powszechnego we Lwowie jest, albo wyleczyć przyjętych, albo, jeżeli nie mogą być wyleczeni, uczynić ich społeczeństwu nieszkodliwymi. Mają być tedy z towarzystwa ludzkiego usunięci, ponieważ choroba ich jest tego rodzaju, że w szaleństwie mogliby sobie i innym szkodę wyrządzić. Tych chorych należy zatém, chociażby nawet za nieuleczalnych uznanymi zostali, umieszczać w tutejszym szpitalu, bo dotąd nie ma dla nich w kraju innego zakładu.“ *b*) W statucie zakładu Kulparkowskiego z dnia 25 maja 1875 r. (Dz. u. kr. Nr. 6) §. 12, który brzmi: „O ile lokalności zakładu dozwalają, winien być przyjęty do zakładu każdy chory na umyśle itd.“ Chociaż ten paragraf statutu uwalnia zakład Kulparkowski od obowiązku przyjmowania obłąkanych, skoro w nim miejsca braknie, to nie uwalnia on od tego obowiązku szpitala krajowego we Lwowie, ani inne powszechne szpitale prowincyjonalne, które (na mocy ministeryjalnego rozporządzenia z dnia 4 grudnia 1856) właśnie dla tego są szpitalami powszechnemi, że mają obowiązek przyjmować wszystkich zgłaszających się chorych, a więc także chorych na umyśle. — Gdybyśmy zatém nie umieszczali obłąkanych w Żółkwi i Przemyślu, a w zakładzie Kulparkowskim nie starczyło miejsca, to by się niebawem we wszystkich naszych szpitalach więcéj obłąkanych znalazło, niżby tego dobro innych chorych i porządek szpitalów wymagały, a fundusz krajowy nie ponosiłby bynajmniéj mniejszych niż dotychczas wydatków.

Na gminach, wedle teraźniejszych ustaw, nie ciąży obowiązek pielęgnowania obłąkanych. Stosunek w tym względzie normują: ustawa sanitarna z dnia 30 kwietnia 1870 r. (Dz. u. p. Nr. 68), ustawa o swojszczyźnie z dnia 3 grudnia 1863 r. (Dz. u. p. Nr. 105) i rozporządzenie ministeryjalne z dnia 14 maja 1874 r. (Dz. u. p. Nr. 71). Ustawa sanitarna zalicza do zakresu działania gmin w §. 3 w ustępie *b*) „staranie się o to, ażeby ubodzy w chorobie pomoc znaleść mogli,“ i w ustępie *c*) „utrzymanie w ewidencyi podrzutków, głuchoniemych, obłąkanych i kretynów, nieumieszczonych w zakładach, tudzież czuwanie nad pielęgnowaniem tychże osób.“ Brzmienie tego ustępu wkłada na gminę obowiązek tylko czuwania nad tém, aby umysłowo chorzy bywali pielęgnowani, rozumie się przez do tego obowiązanych; nie obowiązuje jednak gminy bynajmniej do pielęgnowania ich przez gminę samą. Ustawa o swojszczyźnie orzeka w §. 24 o obowiązku gminy do zaopatrywania ubogich w chorobie. A ponieważ choroba umysłowa jest także chorobą, więc ztąd obowiązek gminy dla obłąkanych. Obowiązek ten jest jednak warunkowy i wyjątkowy. Warunkowy, bo wedle §. 23 téjże saméj ustawy tylko o tyle ma miejsce, o ile nie ciąży na innych zakładach lub osobach, czy to na mocy prawa cywilnego, czy téż na mocy innych ustaw. Wyjątkowy, bo skuteczne leczenie obłąkanego, zwłaszcza ubogiego, jest możliwe tylko w zakładzie *ad hoc* urządzonym. To téż rozporządzenie ministeryjalne z dnia 14 maja 1874 postanawia: że gminy mają obowiązek starania się o umieszczanie ubogich obłąkanych w publicznych zakładach, a urzędom politycznym i lekarzom powiatowym poleca, ażeby gminom w tym kierunku użyczały wszelkiéj pomocy. Tém zapatrywaniem się na obowiązki gminy wiedziony, c. k. Trybunał administracyjny w dniu 9 listopada 1878 r. l. 1777, znosząc — na rekurs miasta Wiednia — rozporządzenie c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 12 lutego 1878 r. l. 18.172 (nakazujące gminie miasta Wiednia urządzenie domu dla tych obłąkanych, którzy w publicznym zakładzie miejsca nie znaleźli), w motywach swego orzeczenia wypowiedział: że gmina w obec obłąkanych, wedle ustawy sanitarnéj i ustawy o swojszczyźnie, nie jest do niczego więcéj obowiązaną, jak tylko: *a*) do postarania się o to, aby pomoc lekarska wszystkim chorym w gminie była dostępną; *b*) do zapobieżenia, iżby chorzy na umyśle, zostający w prywatnéj opiece, nie bywali nieludzko traktowani, lub bez potrzeby w swéj wolności ograniczani, nareszcie *c*) do starania się o to, ażeby ubogich obłąkanych jak najprędzéj w zakładach publicznych umieszczano; dopóki to nie nastąpi ma czuwać nad tém, aby obłąkani byli pielęgnowani w taki sposób, iżby ani szwanku na zdrowiu, ani nieludzkiego obejścia się, ani nieusprawiedliwionego ograniczenia nie doświadczali. Innych obowiązków gmina względem obłąkanych nie ma. Jeżeli więc rodzina z powodu ubóstwa nie jest w stanie pielęgnować chorego na umyśle we własnym domu, jeżeli gmina przynależności nie ma obowiązku urządzać dla niego zakładu, a ten chory, nie tylko dla wyleczenia, lecz głównie dla bezpieczeństwa całego społeczeństwa koniecznie w zakładzie umieszczonym być musi, to któż, jeżeli nie kraj, ma urządzać zakłady publiczne dla tych nieszczęśliwych w takich rozmiarach, jakich istotna potrzeba wymaga. Przeznaczenie tych zakładów musi być z natury rzeczy dwojakie. Pierwsze wyleczyć tych, którzy wyleczeni być mogą. A powtóre uczynić wszystkich nieszkodliwymi społeczeństwu. Na sto obłąkanych bywa zwykle wyleczonych w zakładach 15, umiera zaś 11. Pozostaje więc 74 nieuleczonych, którzy dla bezpieczeństwa publicznego, jeżeli nie będą przez rodzinę za rewersem odebrani, czasem przez długie lata w zakładzie przebywać muszą. Gdyby więc zakład Kulparkowski pozbawionym został możności odesłania nieuleczalnych do Żółkwi i do Przemyśla, toby w krótkim przeciągu czasu nie mógł odpowiedzieć pierwszemu zadaniu swemu, musiałby przestać być zakładem leczniczym, a stałby się tylko domem detencyjnym; bo cały zakład zajęliby nieuleczalni, a dla takich, którzy mogliby być wyleczeni, zabrakłoby miejsca. To téż, aby téj fatalnéj ewentualności uniknąć, wszystkie większe zakłady mają takie domy detencyjne. Z Wiednia odsyłają nieuleczalnych do Ybbs i do Klosterneuburga, z Pragi do Kosmanos. Utrzymanie chorego w Kulparkowie kosztuje 90 ct. dziennie, w Żółkwi 60 ct., a w Przemyślu 50 ct. Przykład więc zakładów w innych krajach, niemniéj względy oszczędności przemawiają także za odsyłaniem nieuleczalnych do Żółkwi i do Przemyśla.

Z wykazu porównawczego łóżek, obłąkanych i kosztów ich utrzymania w publicznych zakładach wszystkich krajów koronnych Przedlitawii w stosunku do liczby ludności w roku 1876 okazuje się, że podczas kiedy w całéj Przedlitawii było łóżek dla obłąkanych 6295, a umieszczonych w publicznych zakładach 8201 chorych na umyśle, było w Galicyi wraz z Bukowiną tylko 515 łóżek a leczonych 988. To jest, że jedno łóżko przypadło w Galicyi na 12898, a jeden leczony na 6723 mieszkańców, podczas kiedy w całém państwie wypadło średnio łóżko na 4108, a leczony na 2652 ludności. Koszta utrzymania obłąkanych wynosiły w całéj Przedlitawii 1.530.901 złr. Z tych zapłaciła Austryja dolna 402.637 złr., Czechy 321.177 złr., Styryja 122.794 złr., Morawa 110.216 złr.; a Galicyja z Bukowiną 184.020 złr. Na jednego mieszkańca przypadło kosztów za obłąkanych w Austryi dolnéj 23.1 centa, w Styryi 10.3, w Czechach 5.9, w Morawie 5.2, w całéj Przedlitawii średnio 7 centów, a w Galicyi tylko 2.7 centa. Tak było w roku 1876. Od tego czasu prawie wszędzie zakłady rozszerzono, a obłąkanych przybyło. Wykazów z innych prowincyj za późniejsze lata nie przedkładamy, bośmy ich pomimo wezwania z centralnego biura statystycznego nie dostali, bo jeszcze nie są zestawione. W naszych zakładach krajowych mieliśmy w 1878 roku 700 łóżek i leczyliśmy 1147 obłąkanych, tj. jedno łóżko wypadło na 9746, a jeden leczony na 5939 mieszkańców. Utrzymanie obłąkanych kosztowało kraj w tymże roku 213.433 złr., tj. na jednego mieszkańca wypadło 3.1 centa, czyli o 0·4 centa więcéj niżeli w roku 1876. Jeżeli w r. 1880 będziemy mieć 780 łóżek, to wypadnie łóżko na 8516 mieszkańców i jeżeli ruch chorych będzie taki sam jak w roku 1878, będziemy mogli pomieścić 1278 obłąkanych, co istotnéj potrzebie jeszcze nie uczyni zadosyć.

Opieka publiczna nad umysłowo chorymi przedstawia się w różnych krajach w r. 1876 w następującym stosunku (Kochs Irrenstatitik). W Szkocyi było pielęgnowanych w zakładach specyjalnie dla tego rodzaju chorób przeznaczonych 1.95 (setnych) na 1000 mieszkańców, w Anglii 1.75, w Irlandyi 1.56, w Würtembergii 1.10, w Saksonii 0.90, we Włoszech 0.43, w Węgrzech 0.12, (Statist. Jahrbuch), w Przedlitawii 0.37, w Austryi dolnéj 0.98, w Czechach 0.40, w Morawie 0.37, w Galicyi 0.14. W roku zaś 1878 wypadło w Galicyi na 1000 mieszkańców 0.16 setnych leczonego.

Otóż z tych powodów, mając wzgląd na istotną potrzebę, na wzrost liczby obłąkanych, na brak miejsca dla nich, na cel leczniczy i przepełnienie zakładu kulparkowskiego, na oszczędność, na istniejące ustawy, na obowiązki gmin i kraju, tudzież na okoliczność, że Galicyja mniéj posiada miejsc dla obłąkanych w zakładach i mniéj stosunkowo wydaje z funduszu krajowego

na ich utrzymanie, niżeli inne kraje koronne, nareszcie ze względów ludzkości, bezpieczeństwa mieszkańców i interesu społeczeństwa. Wydział krajowy nie mógł dotychczas zarządzić zwinięcia filij w Żółkwi i w Przemyślu i nie przewiduje, iżby to w najbliższym czasie nastąpić mogło.

(Ciąg dalszy nastąpi).

W sprawie wniosku Wydziału krajowego o kosztach szpitalnych otrzymujemy od jednego z lekarzy szpitalnych list następujący:

Sprawozdanie Wydziału krajowego o kosztach leczenia ubogich wywołane rezolucyją Sejmu z d. 18 października 1878, (a o którém wspomnieliśmy już w ostatnim numerze, *Red.*) daje nam nowy dowód, że Wydział krajowy, a względnie referent dla spraw szpitalnych, nie tylko stara się o podniesienie szpitali naszych ale także i o dobro kraju. Przechodząc pojedyncze punkty rezolucyi sejmowéj wykazuje, że wprawdzie koszta szpitalne z funduszu krajowego prawie co rok się zwiększają, że jednak zwiększenia tego nie należy brać tylko na karb ustawy z r. 1875 o przyjęciu kosztów leczenia ubogich chorych na fundusz krajowy. Wpłynęły bowiem na to: *a)* pomnożenie liczby szpitali jakotéż i zwiększenie liczby łóżek w już istniejących, *b)* postępowe urządzenie tychże odpowiednie celom humanitarnym i naukowym, *c)* przyrost ludności, *d)* zubożenie ludności, czego dowodem jest w przerażającéj progresyi wzmagająca się liczba sądowych licytacyj. Ponieważ zaś z drugiéj strony od czasu wejścia w życie powyższéj ustawy śmiertelność w Galicyi się zmniejszyła, czego przyczyny szukać należy znów w fakcie, iż ludność, a osobliwie wiejska, obecnie więcéj się zgłasza do szpitali niż dawniéj, jak również daléj ze względu, że włożenie obowiązku płacenia połowy kosztów za ubogich chorych na gminy sparaliżowałoby działalność tak zbawiennie na kraj wpływających szpitali, przeto wniosek Wydziału krajowego, aby Sejm przeszedł nad projektem zmiany w dotyczącéj ustawie do porządku dziennego, pod każdym względem zasługuje na uznanie i spodziewamy się, że reprezentanci kraju na takowy się zgodzą.

Statystyka epidemij. Ospa w tygodniu 21 znowu się bardziéj szerzyła w Londynie. Umarło 10, leczyło się w szpitalach 223, zapadło świeżo 45. W Wiedniu i Petersburgu umarło po 4, w Aleksandryi 5, w Pradze 14, w Madrycie 16, w Paryżu 53, w Bukareszcie 12. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 49, w Petersburgu 50. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 56, a z duru osutkowego 49. Płonica szerzy się w Stokholmie. W tygodniu 22 umarło w Krakowie: 1 z ospy, 1 z płonicy, 1 z dławca, 1 z duru osutkowego, a doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach ospy (w Rynku kaźm. l. 8, w ul. Karmelickiéj l. 162 i w ul. Sławkowskiéj l. 273); 3 płonicy (2 na Wygodzie l. 93 i w ul. Dominikańskiéj l. 489); 5 duru brzusznego (2 w ul. Ubogich l. 131 i 3 z Nowéj Wsi); 5 duru osutkowego (3 w kryminale, 1 w aresztach miejskich, 1 w ul. Szerokiéj l. 2); 1 czerwonki (w ogrodzie Strzeleckim).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 21 umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 48,2; we Lwowie 40,9; w Warszawie 27,8; w Poznaniu 30,9; w Wiedniu 29,5; w Pradze 45,4; w Berlinie 27,8; w Wrocławiu 29,4; w Mnichowie 42,7; w Dreźnie 27,7; w Lipsku 20,3; w Bazylei 30,7; w Brukseli 25,5; w Paryżu 30,5; w Londynie 18,5; w Kopenhadze 25,6; w Stokholmie 35,9; w Chrystyjanii 17,8; w Petersburgu 58,9; w Odesie 31,6; w Rzymie 34,3; w Bukareszcie 28,6; w Madrycie 38,8; w Barcelonie 26,3; w Aleksandryi 40,0; w Nowym Jorku 26,3; w Madrasie 39,1. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 czerwca. Zwracamy uwagę sz. Czytelników na listy umieszczone w numerze dzisiejszym, a tyczące się sprawy ponoszenia kosztów za leczenie szpitalne. Sprawa ta zapewne roztrząsaną będzie w Sejmie, który przedwczoraj rozpoczął sesyję tegoroczną, i dla tego byłoby pożądaném, aby i koledzy z prowincyi głos zabrali dla poparcia wniosku Wydziału kraj.

* Pensyjonowany i ociemniały prawie prof. Hyrtl daje przykład młodszym kolegom, jak pracować należy. Przed rokiem dopiero ukazało się znakomite dzieło jego o wpływie arabszczyzny i hebraiszczyzny na anatomiję; obecnie wyszło znów obszerne dzieło jego pt. *Onomatologia anatomica*, czyli historyja i krytyka nazw w anatomii używanych.

* W towarzystwie lekarskiém berlińskiém toczy się ożywiona dyskusyja nad wnioskiem, uczynionym przez Drów Goltdammera, Boernera i Ewalda, a popartym przez znakomitości naukowe, jak np. Bardelebena, Buscha, Gurlta, Hirscha, Limana, Schroedera, Skrzeczkę, Tobolda, Wagnera, Westphala, Wilmsa itd., względem wniesienia petycyi do urzędu kanclerskiego o przywrócenie zakazu leczenia partackiego. Uchwała dotąd nie zapadła.

* W Pradze czeskiéj Wydział lekarski stara się wszelkiemi sposobami nie dopuścić nominacyi prof. Alberta z Insbruka profesorem drugim chirurgii po Blazinie, chyba tylko dla tego, że jest Czechem, bo kwalifikacyi jego naukowéj nic zarzucić nie może. Zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że nominacyja Alberta niezadługo nastąpi.

* W Cieplicach czeskich do d. 6 bm. bawiło gości kąpielowych 2366.

+ **Karlsbad** 5 czerwca. Do dziś dnia było osób 6819, o 1576 więcéj niż do tegoż dnia r. z. W ciągu tego tygodnia, wyjąwszy jeden dzień piękny i suchy z temperaturą 14°R. przeważały dnie pochmurne i dżdżyste; ciepłota utrzymywała się między 8° R. do 14° R. Barometer między 27 i 28.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. Sigmund we Wiedniu otrzymał wyraz uznania cesarskiego przy sposobności przejścia w stan spoczynku z powodu ukończonego 70 roku życia. — Prof. fizyjologii Kowalewski wybrany został rektorem uniwersytetu w Kazaniu.

* **Nekrologija**. D. 27 maja rb. umarł w Londynie Alfred Swaine Taylor, znakomity toksykolog i najsłynniejszy lekarz sądowy angielski. Urodzony w Northfleet w r. 1806, był uczniem Astleya Coopera, następnie kształcił się we Francyi, w Niemczech i Włoszech, późniéj mianowany został profesorem medycyny sądowéj w *Guys Hospital*, a posadę tę piastował prawie aż do śmierci. Dzieła jego o truciznach i o medycynie sądowéj używały powszechnego wzięcia i tłumaczone zostały na obce języki.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 12: Dogiela: Przyczynek do nauki o działaniu arsenu na organizm zwierzęcy (dok.). — W *Medycynie* Nr. 23: Kahla: Śmierć w skutek uderzenia narzędziem tępém w bok lewy (przypadek sądowolekarski); Dobieszewskiego: Przyczynek do leczenia błonicy; Dymnickiego: Sprawozdanie z chorób leczonych w Busku (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 23: Kosińskiego: Dwie owaryjotomije.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 16go czerwca o godzinie 5téj po południu w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém: kol. Dr. Glück mówić będzie o kile wrodzonéj, i jak się na nią obecnie zapatrują, następnie kol. Dr. Kohn o nowym sposobie rozszerzania macicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 19 czerwca 1880. № 25. Rok XIX.

TREŚĆ: I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra Madurowicza w Krakowie. MARS. Przebieg endemii gorączki połogowéj w grudniu 1879 r. (C. d.) — II. GLÜCK. O istocie przyrzutu szankrowego. (C. d.) — III. BLUMENSTOK. Kazuistyka sądowolekarska. VII. Usiłowane otrucie całéj rodziny. Arszenik czy rybitrutka? (Dok.) — IV. *Oceny i sprawozdania*: Patologija celularna i choroby infekcyjne. Sprawozdanie Dra Piska. (C. d.) — *Wiadomości pomniejsze*. — V. *Odcinek*: BLUMENSTOK. Oprawa przeciwgnilna a medycyna sądowa. (Dok.) — Listy z Warszawy. II. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. — VII. *Wiadomości bieżące*.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra Madurowicza w Krakowie.

Przebieg endemii gorączki połogowéj w grudniu 1879 roku.

Opisał Dr. A. Mars
asystent kliniczny.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24.)

Ilość powietrza czyli pojemność poszczególnych sal jest następująca: Sala wykładowa, w któréj odbywają się porody, wszelkie operacyje, przyjmowanie brzemiennych, badanie ambulantek, wykłady dla uczniów i uczennic, rano i po południu, ma pojemności 233·14 metrów sześciennych; dwie sale położnic zdrowych 295·38 metr. sześć., separatka 64·42 metr. sześć.; sala położnic chorych 114·58 metr. sześć.; dwie sale chorych ginekologicznych 243·86 metr. sześć.; pokój dla brzemiennych 79·04 metr. sześć. Na jedno zatém łóżko przypada powietrza: w salach położnic zdrowych 26·85 metr. sz., w separatce 32·21 metr. sz., w sali położnic chorych 27·66 m. sz., w salach ginekologicznych 27·09 m. sz., w pokoju ciężarnych 13·32 m. sz. Biorąc z powyższych cyfer średnie, otrzymamy na jedno łóżko powietrza 25·42 metr. sześć., którą to cyfrę, jeżeli porównamy z cyframi zakładów europejskich wzorowo urządzonych, to w klinice położniczo-ginekologicznéj krakowskiéj przypada przeszło o pół mniéj powietrza na jedno łóżko niż w *Royal free Hosp.* w Londynie, gdzie według Leforta przypada na jedno łóżko 57·0 m. sz., a prawie trzy razy mniéj niż w *Kings College*, gdzie według tegoż przypada 70·0 m. sz. na jedno łóżko, dwa razy mniéj niż w *Hôtel Dieu*, gdzie jak podają Roth i Lex przypada 56 — 60 m. sz., trzy razy mniéj niż w wiedeńskiéj klinice położniczéj, tam bowiem przypada 60—80 m. sz. na jedno łóżko. Idąc daléj ilość ta powietrza 25·42 metr. sz. daleko jeszcze odbiega od ilości przepisanéj w Anglii, Ameryce, Prusiech dla szpitali wojskowych, jak bowiem Roth i Lex podają dla szpitali wojskowych w Anglii przepisaną jest ilość powietrza na jedno łóżko 33.9 m. sz., w Ameryce 1000 stóp sz., w Prusiech 37·0 m. sz. Łóżka w klinice są wysokie, żelazne, dla położnic opatrzone każde małą baryjerką wyplataną dla noworodka, mieszczą sienniki wypchane słomą, z umysłu bowiem nie ma w klinice materaców. Każda ze sal wyposażoną jest w pewne sprzęty i narzędzia, których pod żadnym pozorem z jednéj sali do drugiéj przenosić nie wolno, i tak: każda posiada umywalnię z kociołkiem napełnionym rozczynem nadmanganezianu potasowego, szafę z bielizną świeżą dla chorych, koneweczkę Esmarcha, syringę, cewniki elastyczne i metalowe, kanki do pochwy i do odbytnicy itd. Służba składa się z trzech posługaczek i służącego do robót cięższych koło zakładu. Jedna posługaczka przeznaczona jest wyłącznie do usług koło brzemiennych i w sali porodowéj, druga pielęgnuje wyłącznie zdrowe położnice, a trzecia tylko chore położnice i chore ginekologiczne. Nadto codziennie pełnią jako dyżurne 2 a względnie 3 uczennice służbę, z których jedna koło zdrowych, a druga koło chorych położnic, a mianowicie oczyszczają chore i położnice, robią wstrzykiwania, podają lewatywy, kąpią dzieci itd., co dzieje się tylko pod nadzorem akuszerki zakładowéj.

Rozmieszczanie położnic po salach odbywa się w ten sposób, że położnice zdrowe, które urodziły bez pomocy, u których zabieg operacyjny był nieznaczny lub które podczas porodu nie okazywały żadnych zmian ogólnych, przenosi się z łóżkiem lub na wózku do sal położnic zdrowych, te zaś, które podczas porodu gorączkowały lub przebyły znaczniejszy zabieg operacyjny, bywają umieszczane odrazu w sali dla chorych położnic przeznaczonéj lub w separatce, dokąd też bezzwłocznie przenosi się każdą z położnic, jeżeli leżąc między zdrowemi zachoruje. Bielizna zwalana bywa natychmiast na strych wynoszoną, zkąd idzie do pralni. Po wyjściu każdéj położnicy bez względu, czy była zdrową lub chorą, wyrzuca się słomę z siennika, który z bielizną idzie do pralni a pościel się wietrzy.

W śród opisanych warunków kliniki od czasu jéj pomieszczenia w opisanym budynku aż po rok bieżący nie-

było endemicznéj gorączki połogowéj, pojawiały się tylko sporadyczne przypadki téj choroby, albo pojawiał się w klinice stan niekorzystny, podobny jaki w powyższym opisie przed wystąpieniem endemicznie gorączki połogowéj miał miejsce.

Na poparcie słów naszych odnośnie do stanu kliniki w poprzednich latach podajemy wyciągi z protokółów klinicznych i tak:

Śmiertelność w poszczególnych latach z uwzględnieniem pojedyńczych miesięcy:

Rok szkolny	Październik	Listopad	Grudzień	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Razem
187 $^0/_1$	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	3
„ $^1/_2$	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	3
„ $^2/_3$	—	—	1	1	1	—	1	—	—	1	5
„ $^3/_4$	—	2	—	2	1	—	—	1	1	—	7
„ $^4/_5$	—	1	1	1	—	—	1	—	—	—	4
„ $^5/_6$	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2
„ $^6/_7$	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	3
„ $^7/_8$	—	1	—	1	—	1	1	1	—	—	5
„ $^8/_9$	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	3
„ $^{79}/_{80}$	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	

Ilość przypadków nieprawidłowego przebiegu połogów podobnież rozłożona:

Rok szkolny	Październik	Listopad	Grudzień	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiez	Lipiec	Razem	%
187 $^0/_1$	2	3	7	4	3	5	6	7	3	7	47	28·29
„ $^1/_2$	—	—	—	—	—	—	—	6	5	4	15	22·39
„ $^2/_3$	—	2	6	2	2	7	2	1	2	3	29	17·25
„ $^3/_4$	—	7	2	2	3	2	3	4	1	1	25	23·80
„ $^4/_5$	3	2	10	10	4	2	2	4	4	1	42	26·66
„ $^5/_6$	1	5	7	4	5	8	3	4	4	1	42	37·59
„ $^6/_7$	1	8	6	4	7	5	3	4	2	—	40	27·90
„ $^7/_8$	2	6	1	7	5	4	3	2	1	—	32	20·09
„ $^8/_9$	—	—	9	8	9	8	3	2	1	3	43	23·75
„ $^{79}/_{80}$	2	10	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Namienić nam wypada, że w roku 1871/2 w miesiącach od października do lutego z powodu budowy klinika była zamknięta.

W zestawieniu pierwszém widzimy, że wszystkie przypadki rozpadają się a nie grupują w pojedyńczych miesiącach, jakbyto w razie pojawiania się endemii być powinno. W zestawieniu drugiém prócz powyższego spostrzegamy, że przypadki liczniéj grupują się w miesiącach pewnych, a mianowicie w zimie i na wiosnę. Faktem jest, na który zgadzają się w ogóle autorowie, że w pewnych porach roku częściéj pojawiają się przypadki chorobowe w zakładach położniczych i odnoszą to do oscylacyi, jaka panuje w przypływie chorych do zakładu.

Przyczyna, dla czego w niektórych miesiącach zawsze mniéj a w innych więcéj rodzących i brzemiennych przybywa do pewnego zakładu, leży w warunkach klimatycznych i w stosunkach miejscowych.

Jeżeli przyjęte rodzące i brzemienne w pojedyńczych latach rozdzielimy na miesiące, rzecz się przedstawia jak następuje:

Rok szkolny	Październik	Listopad	Grudzień	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Razem
187 $^0/_1$	14	12	13	20	15	18	22	24	11	12	164
„ $^1/_2$	—	—	—	—	—	—	21	19	21	6	67
„ $^2/_3$	13	22	21	28	22	17	10	16	22	3	174
„ $^3/_4$	9	18	11	17	5	16	9	9	8	3	105
„ $^4/_5$	9	8	19	18	4	10	13	14	10	5	113
„ $^5/_6$	6	22	15	13	20	20	10	16	17	4	143
„ $^6/_7$	10	24	18	21	21	14	20	22	18	4	172
„ $^7/_8$	16	11	24	27	13	26	24	14	13	10	177
„ $^8/_9$	7	20	14	22	16	25	19	25	21	12	181
„ $^{79}/_{80}$	20	32	17	27	24	—	—	—	—	—	—

Jeżeli teraz cyfry powyższe porównamy z wyciągiem wykazującym ilość nieprawidłowych połogów w poszczególnych miesiącach, okaże się, że mniéj więcéj w tych miesiącach, w których było więcéj przyjętych rodzących i brzemiennych, nie tylko zdarzało się więcéj przypadków nieprawidłowego przebiegu połogu, ale, że stosunek procentowy gorszym jest w tychże miesiącach. Uwzględnić należy tutaj okoliczność, że w miesiącach, w których przyjęto więcéj położnic, zawsze pewną część nieprzyjętych odsyłano do szpitala powszechnego, tylko bowiem nadwyżkę przypadków odsyła się tamże. Fakt powtarza się zatém taki, że w jednéj połowie miesiąca nie przybywają wcale albo bardzo mało, gdyż się ich dla braku miejsca nie przyjmuje. Te zatém porody, które się odbywają w szpitalu, bywają tamże przyjęte jako brzemienne i rodzące przeważnie w tych miesiącach, w których już więcéj przyjęto na klinikę.

Jeżeli zatém rozdzielimy sobie liczby przyjętych położnic i brzemienych do szpitala na niektóre miesiące, to w obec tego, że w szpitalu rodzi rocznie tyle co i w klinice, chwilowe przepełnienie w klinice będzie nam zrozumiałém.

Liczby porodów z poszczególnych lat w szpitalu są następujące:

w roku 1871 — 207
„ 1872 — 234
„ 1873 — 125
„ 1874 — 90
„ 1875 — 88
„ 1876 — 111
„ 1877 — 139
„ 1878 — 145
„ 1879 — 174

Z tablicy wykazującéj liczbę przyjętych położnic i brzemiennych w poszczególnych miesiącach widzimy, że w roku ubiegłym przyjęto w miesiącu listopadzie 32, jakiéj cyfry w całym dziesiątku lat nie znachodzimy.

(Dokończenie nastąpi.)

II. O istocie przyrzutu szankrowego.

Napisał Dr. Leopold Glück w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Wziąwszy kroplę wydzieliny pod drobnowid zobaczymy znaczną ilość komórek bezbarwnych, które w świetle przepuszczoném mają odcień szarawy, z wielką liczbą drobnych ziarn zasłaniających jądro. Zarysy tych komórek są niejednostajne, jakby poszarpane, niekiedy w bardzo delikatne ale wyraźne kolce opatrzone. Oprócz tych komórek, które

jak wiemy są ciałkami ropnemi, widzimy wolne ziarna i resztki tłuszczowo zwyrodniałych tkanin. Namienić mi jeszcze wypada, że liczba komórek w rozmaitych okresach różnie się zachowuje, i tak w pierwszych dniach trwania wrzodu zdaje się ich być mniéj niż następnie, a w okresie gojenia znów liczba się zmniejsza. Powyższy wynik badania drobnowidowego podają w ogólnych zarysach prawie wszyscy autorowie, nie powtarzam go jednak tutaj jak pacierz za panią matką, sam bowiem badając przez dłuższy czas wspólnie z Drem Anthoferem, asystentem prof. Zeissla, ropę dymienic ostrych w innym celu, równocześnie robiłem kontrolujące poszukiwania wydzieliny zwyczajnych wrzodów wener. i mogę powyższe wyniki potwierdzić w zupełności. Salisbury i Hallier sądzili, że znaleźli w przerzeczonéj wydzielinie przyrzut szankrowy pod postacią cechujących grzybków. Pierwszy podaje, że widział małe ciałka mocno światło łamiące i przeświecające, które rozeznał jako zarodniki grzybka nitkowatego „*Crypta syphilitica*". Grzybek sam ma mieć kształt nitki cieńkiéj zwiniętéj lub rozciągniętéj, która mocno światło łamie i ma końce tępe zaokrąglone. Hallier znów odkrył drobne nieruchome komórki z rodzaju zaczynników (*micrococcus*), które hodowane wydały w dziesięciu dniach grzybek z odmiany „*Coniothecium*". W wydzielinie pierwotnego wrzodu kiły ma się ten grzybek znajdować w bardzo wielkiéj liczbie, bardzo rzadko i w małéj tylko liczbie można go widzieć i w wydzielinie wrzodu wener. zwyczajnego. Cechującém jest, że grzybek ten ostatni potrzebuje dwa razy tyle czasu co pierwszy do rozwoju!

Tém sądzę wyczerpnąłem nietylko obraz anatomiczny wydzieliny nas obchodzącéj, o ile odpowiada rzeczywistości, ale uwzględniłem i poezyję histologiczną, jaka od czasu do czasu w dziedzinie nauki o przyrzutach porusza umysły lekarzy. Bo, że odkrycia Salisburyego i Halliera należą w dziedzinę poezyi, potwierdzi nawet histolog o najbujniejszéj wyobraźni. Obok tego prace powyższe do wyjaśnienia naszéj sprawy przyczynić się nie mogą, gdyż Salisbury badał tylko wydzieliny pierwotnych wrzodów kiłowych, Hallier zaś podaje wprawdzie i wyniki badań zwyczajnych wrzodów wenerycznych, lecz pominąwszy już okoliczność, że on sam je uważa za niedostateczne i nie upoważniające do żadnych wniosków, już rozwój tych wątpliwych grzybków, który wymaga dwa razy tyle czasu, co grzybki „wrzodów stwardniałych", przemawia przeciw temu, aby były szukanym przyrzutem.

Chcąc uniknąć zarzutu, jakobym nie uwzględnił wszystkich zapatrywań, wspomnę i o Drze Szabod-Földö, który widział, że komórki wydzieliny „szankrowéj" okazują w pewnéj temperaturze ruch drobinowy i zmianę kształtów. Dwie te własności, które, jak z badań Recklingshausena wiemy, nie są wyłącznym przywilejem komórek ropnych, uważał badacz węgierski za cechę przyrzutności wrzodów wenerycznych.

Z powyższego, krótkiego wprawdzie, lecz nie mniéj wyczerpującego szkicu histologicznego widzimy, że drobnowid nie daje nam żadnego punktu oparcia, z któregobyśmy mogli jakikolwiek wyprowadzić wniosek o istocie lub przyrodzie przyrzutu zwyczajnych wrzodów wenerycznych.

Ujemne wyniki naszych poszukiwań na polu anatomii usunęły nam wprawdzie z pod nóg materyjalną podstawę do poznania istoty przyrzutu, o którym mowa, mimo to jednak nie chcąc się narazić na zarzut grubego materyjalizmu a co gorsza niewiadomości, musimy jeszcze wierzyć w jego istnienie. I cóż nas zmusza do téj wiary? Spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia, które i największego niedowiarka pouczą, że zwyczajny wrzód weneryczny jest w prostéj linii potomkiem takiego samego wrzodu, i że wszczepiwszy pod przyskórek lub przybłonek nieco wydzieliny takiego wrzodu osobie zdrowéj lub kiłą dotkniętéj znów się wytworzy bez okresu wylęgania wrzód w dalszych szeregach przeszczepialny. Zdanie to, jak już wyżéj wspomniałem, wypowiedział Bassereau, a rozwinął i uzasadnił Rollet. Doświadczenie pouczyło jednak Clerca, że „zwyczajny wrzód weneryczny, jest wynikiem przeszczepienia pierwotnego wrzodu kiłowego na osobę, która jest lub była dotknięta kiłą..." On zatém sądzi i to na podstawie spostrzeżeń klinicznych i doświadczeń, które w całéj rozciągłości przytacza, że zwyczajny wrzód weneryczny jest potomkiem „wrzodu stwardniałego", który tylko dla tego, że się dostał na osobę już kiłową, nie może się jako taki rozwinąć w całéj pełni.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków

napisał prof. Dr. Blumenstok

VII. Usiłowane otrucie całéj rodziny. Arszenik czy rybitrutka?

(Dokończenie. Patrz Nr. 22).

Ziarna te są barwy ciemno-brunatnéj, wielkości dużych grochów, postaci okrągławo-nerkowéj, mające po jednéj stronie płytką wnękę, ważą od 20 — 30 przeszło centigramów, wszystkie 4 razem ważą 1 gram 20 centigr. Po rozłupaniu jednego z tych ziarnek przedstawia się kora cienka, sucha, twarda, przylegająca dosyć szczelnie do owocu biało-żółtawego. Kora sama jest jakby pomarszczona, bez smaku i wonni; owoc jest miękki i ma smak cierpko-gorzki. Średnica największego z ziarnek wynosi jeden centimetr.

Ziarna właśnie opisane zowią się *Cocculi indici*, po polsku rybitrutka, i pochodzą od rośliny wschodnio indyjskiéj *Menispermum Cocculus*. Kora tych ziarn mieści w sobie alkaloid, zowiący się menispermin, który jest bez smaku i nieszkodliwy, owoc zaś obok innych części składowych zawiera alkaloid trujący i mający smak gorzki, pikrotoksyn. Z powodu tego alkaloidu rybitrutka zalicza się do trucizn i to do trucizn tężcowych, ponieważ działa w podobny, acz słabszy sposób, jak strychnin.

Dotąd niewiadomo jeszcze dokładnie, jakiéj dawki potrzeba rybitrutki, aby wywołać śmierć człowieka; tyle jednak jest pewném, że podczas gdy $1/5$ grama alkaloidu (pikrotoksynu) wystarcza do wywołania u człowieka bardzo groźnych objawów, potrzeba bez porównania więcéj ziarnek sproszkowanych rybitrutki do wywołania podobnego skutku, a mianowicie potrzeba przynajmniéj 25 razy tyle, to jest przynajmniéj 5 gramów, a nawet więcéj.

Zresztą rybitrutka już z tego powodu nie bardzo się nadaje do podstępnego otrucia, ponieważ ma smak wybitnie gorzki. Używano jéj dawniéj tylko jako części składowéj do maści używanéj celem niszczenia wszy, obecnie używają jéj gdzieniegdzie piwowarzy do zaprawiania piwa zamiast chmielu, oraz posługują się nią rybacy do odurzania i tém łatwiejszego łowienia ryb, zkąd téż nazwa jéj polska pochodzi. Lecz podczas gdy dawniéj mniemano, że spożywanie

ryb w ten sposób zatrutych jest dla człowieka nieszkodliwém, obecnie przypuszczają, że jedzenie takich ryb zdolném jest wywołać u człowieka biegunkę i wymioty.

Objawy występujące po użyciu rybitrutki są bardzo podobnemi, jakkolwiek słabszemi, niż po użyciu strychninu, a mianowicie; ślinotok, wymioty, odurzenie, drganie członków, zębościsk i tężec; śmierć następuje wśród napadu duszności z uduszenia. Zmiany pośmiertne nie są charakterystyczne.

W ogóle otrucie rybitrutką u ludzi jest nadzwyczaj rzadkiém.

Zestawiając wszystko to orzekamy, że rybitrutka jest rośliną dla zdrowia i życia ludzkiego wrogą, że jednak wielkich stósunkowo potrzeba dawek do wywołania śmierci i że z powodu tego, jako też z powodu bardzo gorzkiego smaku nie nadaje się do otrucia podstępnego.

Następnie wręczył nam p. sędzia śledczy akta sądowe i zażądał od nas zdania o całéj sprawie. Przejrzawszy uważnie akta wydaliśmy następujące orzeczenie:

Nie ulega wątpliwości, że przypadek niniejszy jest nieco powikłany, a sprzeczności podniesione przez pierwszych znawców są po części uzasadnione, przynajmniéj na pierwszy rzut oka usprawiedliwione. Chcąc przeto odpowiedzieć na pytanie pana sędziego śledczego: „co było przyczyną choroby Józefa Gałka i jego rodziny, padnięcia nierogacizny i kury tegoż, tudzież psa domowego Jana Stanoszka“, obierzemy sobie porządek odwrotny i rozpoczniemy od wyjaśnienia przyczyny śmierci zwierząt, poczém dopiero przejdziemy do wyłuszczenia przyczyny i doniosłości choroby Gałka jego i rodziny.

Faktem jest, że dwie świnie, które wypiły pomyje po ziemniakach i kapuście, że króliki, dwie świnki morskie i kura, a wreszcie i pies, które jadły kapustę, w krótkim czasie życie utraciły; a zmiany pośmiertne, sprawdzone przez Dra Bielczyka, jakoto: krew płynna, ciemna, przekrwienie i wynaczynienie w błonie śluzowéj żołądka, a po części w przełyku i dwunastnicy, już nasunęły podejrzenie, że zwierzęta te zginęły z otrucia kwasem arsenawym; przypuszczenie to nabrało tém większego prawdopodobieństwa, gdy udało się Drowi Bielczykowi wydobyć z kapusty, zebranéj z gnoju, ziarnka brudno-białe, które rzucone na węgiel rozżarzony wydawały weń czosnkową. Że obserwacyja ta Dr. Bielczyka była dokładną, wynika ztąd, że i pp. chemicy sądowi przy badaniu swojém woń tę czosnkową sprawdzili. Nadto ci ostatni na mocy badania swego orzekli, że w kapuście na gnoju zebranéj znajdowała się niezwykła w takich razach ilość a r s z e n i k u, bo p r a w i e c a ł y g r a m, oraz że w oddanych im do badania żołądkach (prosiaka i świnki morskiéj) wykryli znaczny ślad arsenu.

Gdy więc zwierzęta wyżéj wyliczone zginęły wszystkie po spożyciu pomyj i kapusty, gdy następnie w kapuście znaleziono wielką ilość arszeniku a w żołądkach znaczny onego ślad, gdy wreszcie i zmiany anatomiczne za otruciem arszenikowém przemawiały, mamy niezbity dowód, że zwierzęta te wszystkie zginęły z otrucia arszenikowego.

W obec tego faktu niezaprzeczonego nasuwa się już z góry z loiczną koniecznością przypuszczenie, że skoro Józef Gałek i jego rodzina równocześnie mniéj więcéj kosztowali téj saméj kapusty, która tyle mieściła w sobie arszeniku i z któréj zginęły zwierzęta, i skoro tak Józef Gałek jak i rodzina jego rozchorowali się śród objawów, jakie zazwyczaj towarzyszą otruciu arszenikowemu, więc i ich choroba musiała być otruciem arszenikowém.

Wniosek ten tak prosty i naturalny w innym przypadku nie wymagałby zapewne dalszego dowodzenia i uzasadnienia; w niniejszym przypadku atoli istnieją w rzeczy saméj pewne wątpliwości, nad któremi zastanawiać się musimy, a mianowicie:

1) Kapusta, po skosztowaniu któréj cała rodzina zachorowała, miało smak gorzki, który nie mógł pochodzić od arszeniku, ponieważ tenże nie ma żadnego smaku wybitnego.

2) Wszyscy członkowie familii rozchorowali się bezpośrednio po skosztowaniu kapusty, podczas gdy po otruciu arszenikowém objawy chorobowe nierównie późniéj występują.

3) Obwiniony twierdzi, że choroba całéj familii może być skutkiem jedzenia ryb zatrutych.

4) W pomieszkaniu i posiadaniu poszkodowanego znaleziono truciznę, rybitrutkę, a więc i ona mogłaby być powodem choroby całéj familii.

W omówieniu tych wątpliwości znów pójdziemy porządkiem odwrotnym i zastanowimy się nasamprzód nad pytaniem, czy choroba Gałka i jego familii mogła być następstwem otrucia się rybitrutką.

Nie ulega zaprzeczeniu, że rybitrutka jest trucizną i dla ludzi, ale do otrucia człowieka potrzeba wielkiéj stósunkowo dawki, bo przynajmniéj 5 gramów ziarn sproszkowanych a do wywołania śmierci nawet nierównie więcéj, bo przynajmniéj 10 gramów. Tymczasem Józef Galek podaje, że trucizny téj kupił za jeden cent, za który otrzymał ziarnek kilkanaście, z których połowę spotrzebował a drugą zachował do ostatniéj niedzieli. Przypuściwszy, że miał ich zrazu sztuk 20, a trudno przypuścić, aby za jeden cent otrzymał więcéj, to odtrącając połowę przedtém spotrzebowaną oraz 4 sztuki do sądu oddane, to pozostałoby tylko 6 sztuk, które mogły ważyć co najwięcéj 2 gramy, a więc ilość ich byłaby niedostateczną do wywołania objawów otrucia u tylu osób. Następnie jakkolwiek rybitrutka wywołuje także wymioty a czasem nawet i biegunkę, tak jak arszenik, to przecież wywołuje ona głównie odurzenie i kurcze, których niebyło u żadnego z członków familii Gałka. Wreszcie przypuszczając otrucie rybitrutką, nie możnaby wytłumaczyć śmierci zwierząt z otrucia arszenikowego, pomimo, że takowe zginęły po spożyciu téj saméj kapusty, któréj kosztowała i rodzina Gałków.

Kwestyja, czy spożycie ryb zatrutych rybitrutką jest szkodliwém dla ludzi, jest jeszcze sporną; ale przypuściwszy nawet, że spożycie to jest szkodliwém, to uwzględnić należy, że Gałkowie jedli owe ryby w niedzielę, a mimo to wszyscy mieli się dobrze aż do środy, a wtedy dopiero jedno za drugiém rozchorowało się bezpośrednio po skosztowaniu kapusty i wśród objawów, towarzyszących otruciu arszenikowemu, podczas gdy właściwych objawów otrucia rybitrutką nie było.

Wprawdzie po otruciu arszenikowém objawy chorobowe najczęściéj występują nierównie późniéj po upływie kilku godzin, ale wiadomą jest rzeczą, że arszenik działa tém prędzéj, jeżeli spożyty zostaje w stanie rozpuszczonym, oraz że we wodzie gorącéj rozpuszcza się prędzéj, aniżeli w zimnéj. W naszym przypadku arszenik znachodził się w kapuście gotującéj się a więc tém łatwiéj mógł się rozpuścić, nadto spożytym on został przez całą rodzinę przed obiadem a więc przy żołądkach próżnych, a wtedy działa również prędzéj. Twierdzenie pierwszych znawców, że objawy cho-

robowe po zażyciu arszeniku występują dopiero po upływie pół godziny, „najwcześniéj po 45 minutach“, nie jest prawidłem bez wyjątku, albowiem zazwyczaj objawy występują nierównie później, wyjątkowo zaś, a mianowicie jeżeli, jak w niniejszym przypadku arszenik zażyty został w stanie rozpuszczonym i przy żołądku próżnym, wymioty pojawiają się już po upływie kilku minut.

Pozostaje nam w końcu smak gorzki kapusty, o którym wszyscy członkowie rodziny jednozgodnie opowiadają, a którego żadną miarą na karb arszeniku policzyć niemożna; arszenik bowiem nie wpływa na zmianę smaku potraw, zwłaszcza kapusty. Przyczyna goryczy téj mogła być dwojaką: albo kapusta sama była niezwykle gorzką, a nieulega wątpliwości, że się to zdarza u kapusty nie dobrze przyrządzonéj a trzymanéj przez czas dłuższy (w niniejszym przypadku od jesieni do czerwca), albo też naczynie, w któréj kapusta się gotowała, mogło być zanieczyszczone rybitrutką, lub też sól takową była zanieczyszczona, co wszystko było możebném, jeżeli sobie przypomnimy zeznanie świadków. Jednak gorycz kapusty, z jakiegokolwiek ona powstała powodu, nie przemawia bynajmniéj przeciw obecności w kapuście arszeniku, a przypuściwszy nawet, że gorycz ta zawdzięcza powstanie swoje rybitrutce, to i tak z powodów powyżéj już wyłuszczonych nie możemy objawów chorobowych, które wystąpiły u całéj rodziny, położyć na karb otrucia rybitrutką.

Usunąwszy te wątpliwości i pozorne sprzeczności, podniesione przez pierwszych znawców, oświadczamy się stanowczo za tém, że choroba Józefa Gałka i jego rodziny była następstwem otrucia arszenikowego.

Ponieważ tak u Józefa Gałka, jak i u wszystkich członków familii choroba arszenikiem wywołana trwała tylko 1—2 dni, więc obrażenie cielesne, które ztąd wynikło dla wszystkich uznać musimy za lekkie uszkodzenie.

Z uwagi jednak:

a) że u wszystkich uszkodzenie wywołane zostało za pomocą arszeniku;

b) że w kapuście pp. chemicy znaleźli jeszcze 0·96 grama arszeniku, któráto ilość już sama wystarcza do otrucia 6—7 osób dorosłych (gdyż 0·15 uważamy za dawkę śmiertelną), że jednakowoż pierwotnie musiało być w kapuście bez porównania więcéj arszeniku, skoro tyle zwierząt nim się otruło zjadłszy część kapusty;

c) że, jak wyżéj się powiedziało, arszenik spożyty został przez całą rodzinę w stanie rozpuszczonym i przy żołądkach próżnych, — dodajemy, że w danym przypadku lekkie to uszkodzenie wywołane zostało takim środkiem i w taki sposób, w jaki wywołuje się zazwyczaj niebezpieczeństwo dla życia, a nawet śmierć człowieka. Że zaś cała rodzina z niebezpieczeństwa tego wyszła całą, zawdzięcza tylko okoliczności, ze zraziwszy się smakiem gorzkim kapusty spożyła nadzwyczaj mało z niéj, oraz, że mała ilość połkniętéj trucizny wydaloną została przez wymioty.

Dla tém większéj pewności p. sędzia śledczy zapytał się jeszcze pp. chemików, czy ziarnka rybitrutki, w danym przypadku nie są przypadkiem zanieczyszczone arszenikiem; pytanie to pp. znawcy po poprzedniém poszukiwaniu zaprzeczyli.

O czyn obwiniony był Antoni Gałek, który niby celem wzięcia kilku ogarków z ogniska wstąpił był do domu Józefa. Przy rozprawie ostatecznéj, odbytéj w d. 6 lutego rb., przysięgli uznali Antoniego G. winnym, w skutek czego tenże skazany został na 7 lat ciężkiego więzienia.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija celularna i choroby infekcyjne.

Sprawozdanie
podał Dr. Wilhelm Pisek, asystent przy katedrze anat. patolog. Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr 23).

Nauka o przyrzucie żyjącym (*Contagium animatum*) wcale nie jest nową. Wyobrażenia, że jakieś istoty niższego ustroju zgubny na organizm człowieka wywierają wpływ, sięgają zamierzchłéj przeszłości, a przechodząc z pokolenia na pokolenie tradycyjonalnie do naszych dotrwały czasów. Myśl ową jako postulat naukowy na podstawie ścisłych teoretycznych dedukcyj wygłosił już przed czterdziestu laty wielki gietyngski anatom Henle (*Pathologische Untersuchungen. Berlin* 1840). Późniéj nieco odkrycie Schönleina (Achorion S.), wzbudzające podziw świata lekarskiego, skuteczne przenoszenie grzybka i wywołanie odpowiedniéj choroby (Favus) w tenże sposób przez Remaka, analogiczne wyniki badań nad świerzbem, poczynają zmniejszać olbrzymi wówczas poczet chorób mających polegać na skazie krwi. Te badania jak również prace nad wąglikiem w połowie bieżącego stulecia i późniéj dokonywane (Pollender, Brauell, Davaine) utorowały Klebsowi drogę. Liczne jego i uczniów prace, ogłaszane przez czas jakiś prawie zawsze pod stereotypowym napisem: *Beiträge zur Kenntniss der pathogenen Schistomyceten* [1]), w *Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmak.*, stanowią punkt wyjścia dla teoryi jego. Ogólniejsze poglądy na choroby infekcyjne wygłosił na 50 i 51 zjeździe przyrodników i lekarzy niem. (Zob. „*Tagblatt*“ tych zgromadzeń i osobne odbitki wykładów Klebsa tamże mianych).

Wszystkie ważniejsze prace Klebsa, ucznia Virchowa, występującego może nie zawsze z należną czcią i poszanowaniem do walki ze swym mistrzem, który bądź co bądź niespożyte dla nauki lekarskiéj ma zasługi, okazują wybitnie kierunek dwojaki: ujemny i dodatni, burzenia gmachu patologii celularnéj i wprowadzenia w naukę kierunku ściśle etyjologicznego, może zbyt wyłącznie opartego na ważności mikroorganizmów.

Przedewszystkiém przeczy Klebs wielkiéj samodzielności komórek. Okoliczność, że powstają najrożnorodniejsze zmiany pod wpływem jednego i tego samego bodźca na ustrój zresztą zupełnie prawidłowy, zjawisko, że nieraz w jednym i tym samym ustroju rozwijają się obok siebie pod wpływem tego samego bodźca zmiany różnéj jakości, wszystko to zmusza nas do przypuszczenia, że t. zw. reakcyja tkanin, oddziaływanie tychże na bodźce, w przeważnéj części zawisło tylko od wpływów zewnętrznych, które dokładniéj zanalizowane mogą tę różnorodność oddziaływania nam wytłumaczyć. Otóż właśnie te zewnętrzne wpływy normujące bieg choroby, już od niepamiętnych czasów wyrażano w wielkiéj części w pojęciu zakażenia (infekcyi). Z wyników doświadczeń tak własnych jakoteż sporéj liczby cudzych ośmiela się Klebs wypowiedzieć zdanie obalające filary celularnéj patologii: że osobna siła komórkowa

[1]) Klebs używa od dawna wyrazu Schistom. nie Schizom., jak pisał twórca tego wyrazu de Bary. *Schisto-mycetes* oznacza grzybek rozszczepiony (*gespaltener Pilz, Spaltpilz*), zaś Schizom. „rozszczepiający grzybki“ *Pilz spalter*. σχίζω (rozszczepiam σχιστος rozszczepiony). Zob.: *Die pathologischen Veränderungen bei der Rinderpest. Arbeiten aus dem Berner patholog. Institut 1871—72. v. Klebs. Würzbg.* 1873, str. 142.

(*Zellkraft*), którąby opierając się wpływom szkodliwym walczyła niejako z nieprzyjacielem, nie istnieje, że takiéj siły życia komórkowego (*cellulare Lebenskraft*) wcale nie ma. Zmiany komórek, które występują po uszkodzeniach, są zawsze przyrody biernéj, są to sprawy nader skomplikowane a na teraz świadomości naszéj tylko w części dostępne.

Reaktywne bujanie komórek najzupełniéj licujące z samodzielnością tychże, jaką je Virchow obdarzył, rozłożył zmysł krytyczny Cohnheima na poszczególne, proste składniki: wyemigrowane ciałka białe krwi. W obec ogólnie przyjętego faktu ucichła wszelka opozycyja. Nieśmiałe jeszcze odzywają się głosy za proliferacyją stałych komórek. Jak znów w istocie szkodliwém jest w naukach lekarskich dogmatyzowanie, dowodem kwestyja powstawania nowotworów. Genijalny patolog berliński znowu dał się uwieść chęci przedwczesnego uogólniania faktów. Badając bowiem rozwój i wzrost nowotworów wśród tkanki łącznéj nabył Virchow przekonania, że utkanie to jest macierzystém dla nowotworów, i że przeobrażenie się tegoż (*metaplasia*) daje początek nowotworom, zwłaszcza złośliwym. Wyposażył też w istocie komórki nie tylko zdolnością proliferacyjną, ale także najwyższym jaki sobie wyobrazić można stopniem samodzielności, tj. przeobrażenia się w utkania odrębne [1]). Tak tedy w dotąd omawianym najkorzystniejszym zresztą zakresie dla patologii celularnéj mało widoczną jest samodzielność komórek, tém mniejszą jest ona w tych sprawach, w których zmiany komórkowe podrzędną lub żadnéj nie odgrywają roli, tj. w chorobach infekcyjnych.

Pojęcie infekcyi obejmuje r e p r o d u k c y j ę j a d u do ustroju wprowadzonego, podczas gdy zmiany wywołane otruciem znikają lub nie zmieniają się, skoro dowóz i rozprzestrzenianie się jadu ustaje. W pierwszym przypadku mamy przed sobą sprawy chorobowe, mogące znów w innych osobnikach te same wywołać zmiany, zatém sprawy z a r a ź l i w e, podczas gdy w drugim przypadku co najwięcéj powstają zboczenia trwałe. W ustroju dotkniętym sprawą zakaźną ściśle trzeba odróżnić zmiany wywołane obecnością lub działaniem bądź chemicznėm bądź mechanicznėm pasorzytów, i zmiany mające być odnoszone wyłącznie tylko do samego uszkodzonego, „otrutego“ ustroju (*reactive Vorgänge*). Droga zaś, którą wypada obrać celem udowodnienia wspólnego lub przynajmniéj podobnego początku i źródła dla chorób infekcyjnych, może być trojaka: 1) anatomiczne zbadanie narządów schorzałych, 2)odosobnianie i hodowanie zarodków chorobowych, 3) wytwarzanie tychże samych spraw i przenoszenie zarodków na zwierzęta zdrowe.

(Dok. nastąpi).

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) D u j a r d i n - B e a u m e t z odczytał na posiedzeniu Akademii Lekarskiéj w Paryżu swą pracę: „O własnościach fizyjologicznych i leczniczych alkaloidów Granata właściwego“ i doszedł do następujących wniosków: 1) Alkaloidy Granata posiadają rzeczywiste przymioty działania fizyjologicznego; 2) Sprowadzają one porażenie nerwów ruchu, nie oddziaływając na kurczliwość mięśni; również nie wpływają na nerwy czucia, i zdają się głównie działać porażająco na zakończenia mięśniowe nerwów ruchowych, słowem alkaloidy rzeczone działają kuraryzująco; 3) Siarkan peletierynu i izopeletierynu działają zabójczo na tasiemca w dawce 0,3 zadanéj w rozczynie zawierającym 0,5 rozpuszczonego garbnika, w znacznéj większości przypadków (37 na 39 podług autora, a 19 na 19 podług Laboulbèna) tasiemiec wyszedł z głową; 4) Należałoby na przyszłość używać rzeczonych alkaloidów mianowicie w tych przypadkach, gdzie kurara była wskazaną (tężec, wścieklizna), następnie w cierpieniach ocznych, kiedy zachodzi potrzeba wywołania przekrwienia dna oka, nakoniec w zawrotach, a szczególnie w chorobie Menièra. (*Le Progrès médical 1880 Nr. 21*).

ss) Przeciw z a d u m i e, w y c i e ń c z e n i u n e r w o w e m u, b ó l o m g ł o w y i b e z s e n n o ś c i polecają B l a k e i H a m i l t o n (*New York med. Rec.* Nr. 5, 1880) wdychanie g a z u r o z w e s e l a j ą c e g o (*NO*) zmięszanego z powietrzem atmosferycznėm. Wdychania nie przeciąga się aż do zupełnego znieczulenia i nieprzytomności, lecz przerywa się takowe, skoro nastąpi lekkie zdrętwienie palców i zamglenie wzroku. Skutek zależy od większéj lub mniejszéj ilości domięszanego powietrza. Rozweselenie umysłu trwa jeszcze i po skończoném wziewaniu, a w miejsce tęsknoty, przygnębienia itp. występują wyobrażenia wcale przyjemne. Działanie leku tego podobne jest do środków wyskokowych bez następowego przygnębienia. Środka tego możnaby próbować w obłędzie opilczym. Zdaniem autorów gaz rozweselający jest najlepszym lekiem nasennym, jeśli go się poda wśród dnia a nie wieczorem. Rozcieńczenie gazu powietrzem dzieje się w ten sposób, że powietrze atmosferyczne dopływa przez otwór do cewy oddechowéj.

(A. K.) Dr. P o d w y s o c k i, a s y s t e n t f a r m a k o l o g i c z n e g o i n s t y t u t u i d o c e n t n a u n i w e r s y t e c i e w D o r p a c i e, zbadał chemicznie i fizyjologicznie p o d o f y l i n, którego użycie znacznie się rozpowszechnia. Prócz przetworu w handlu będącego autor badał i korzeń saméj rośliny *podophyllum peltatum* i doszedł do przekonania, że w handlu będący podofylin zawiera w sobie sporo czynników leczniczo nieczynnych, a mianowicie roślinne kwasy; natomiast powiodło się Podwysockiemu oddzielić pierwiastek istotnie skuteczny, znajdujący się w korzeniu rośliny i w handlu będącym podofylinie; jestto ciało bezbarwne, krystaliczne, nader gorzkiego smaku; doświadczenia dokonane na ludziach i zwierzętach przekonały go o niezawodném działaniu przeczyszczającém tego przetworu, który dla gorzkiego smaku autor nazwał pikropodofylinem. (*Wracz* Nr. 18).

ss) Dr. W e l p o n e r poleca na podstawie przypadków postrzeganych w klinice B r a u n a we Wiedniu p r z y ż e g a n i e c z ę ś c i p o c h w o w é j m a c i c y 10%wym rozczynem azotanu srebrowego przeciwko c i ę ż k i m i u p o r c z y w y m w y m i o t o m u c i ę ż a r n y c h. Przyżeganie to powtarza się kilka razy co 2 lub 3 dni. Sposób ten okazał się bardzo skutecznym w przypadkach, w których w żaden inny sposób nie można było powstrzymać gwałtownych wymiotów. (*Wien. med. Wochft* 1880 r. Nr. 21).

V. Oprawa przeciwgnilna a medycyna sądowa.

(Dokończenie. Patrz Nr. 24.)

Ale takie pojedyncze wystąpienie przed Sądem nie wystarcza wykładającemu. Państwo ma prawo i obowiązek żądania od każdego lekarza, aby stósował środek, który z pe-

[1]) Badania późniejsze wykazały mylność tego twierdzenia. Pierwociny bowiem pochodzące z różnych blaszek zarodkowych zachowują własności „przodków“. Zmniejsza to jednak tylko zakres pochodzenia nowotworów, nie wykluczając możebności rozwoju według owéj zasady t. zw. nowotworów homologicznych. Mnogość teoryj (Thiersch, Cohnheim, Waldeyer, Beneke etc) dotyczących rozwoju i genezy nowotwórów, najlepszym jest dowodem braków Onkologii.

wnością uznany został jako zbawienny. Otóż potrzeba przedewszystkiém, aby lekarz praktyczny, który rany leczy, i lekarz sądowy, który rany bada, stósowali to, co doświadczenie obecne uznaje jako skuteczne, a unikali tego, co uchodzi za szkodliwe. Nie można wprawdzie od każdego lekarza żądać ostrożności à la Hegar i Schröder (zwłaszcza od lekarza sądowego, który w ciągu jednego popołudnia ma 3 komisyje ważne, *Sprawozd.*), ale można żądać, aby lekarze przychodzący od sekcyi lub od człowieka chorego na cierpienie zakaźne, „zmieniali surdut i fartuch, aby sobie czyścili ręce, a zwlaszcza paznogcie, jak najstaranniéj — a potém dopiero energiczną przedsięwzięli na sobie desinfekcyję za pomocą kw. karbolowego.“ Nieodzownie jest także potrzebném, aby pierwsze opatrzenie antiseptyczne rany było jak najstaranniejsze, bo doświadczenie pouczyło, że los ranionego leży w ręku tego lekarza, który go pierwszy zaopatruje. Obowiązkiem lekarza jest, aby ranę zabezpieczył przed infekcyją; obojętną zaś jest rzeczą, jaki rodzaj postępowania przeciwgnilnego lekarz obiera. — Pod tym względem waruje mu się zupełną swobodę, jakkolwiek N. ze swéj strony stanowczo oświadcza się za bezwzględném trzymaniem się zasad Listera, ponieważ pod jego oprawą rany goją się prędzéj, a drażnienie i ropienie są mniejszemi. Przy stósowaniu każdéj innéj metody przeciwgnilnéj ból jest większy, ropienie znaczniejsze, gojenie powolniejsze, ale wynik ostateczny również dobry. Jeżeli więc nauka i doświadczenie postąpiły tak daleko, że można z pewnością unikać niepomyślnego przebiegu, to i lekarz sądowy z faktem tym liczyć się powinien. A mianowicie musi on nieraz być pobłażliwszym w ocenianiu historyi choroby, a z drugiéj strony żądać nierównie więcéj od lekarza praktycznego, aniżeli dotąd. Na pobłażliwość zasługuje lekarz praktyczny, jeżeli wezwany nagle do ranionego a nie mając pod ręką materyjalu przeciwgnilnego nie zonduje rany a tém samém w opisie podaje, że nie wie, czy kość była obnażoną lub uszkodzoną; pierwszą bowiem zasadą jest: *Nil nocere!* Z drugiéj strony obowiązkiem jest lekarza sądowego, aby przy badaniu obrażenia uwzględnił sposób leczenia, a w szczególności, aby nie badał rany bez wiedzy i pozwolenia lekarza ordynującego, w przeciwnym razie ostatni nie może już być odpowiedzialnym za bieg choroby.

Mniéj oględnym winien być atoli lekarz sądowy pod względem ocenienia sposobu leczenia, jeżeli wynik takowego był niepomyślnym lub jeżeli zranienie zakończyło się śmiercią. W takich razach lekarz sądowy stawiać powinien pytanie: czy utrzymanie życia nie leżało w mocy lekarza ordynującego, przyczém wiele zależy od okoliczności, kiedy i w jakim stanie lekarz po raz pierwszy widział ranionego, bo od niéj zależy odpowiedź na pytanie, czy lekarz mógł lub nie mógł zapobiedz chorobie przyrannéj, która stała się przyczyną śmierci?

Kończy zaś N. wykład swój następującemi słowy: „Jeżeli się uwzględnia, że powszechnie uznanym jest faktem, iż rany, które dawniéj pociągały za sobą długą i ciężką chorobę lub nawet śmierć, sposobem antiseptycznym obecnie goją się z pewnością w krótkim czasie i bezpiecznie; jeżeli się uwzględni, że w przypadkach sądowych karę stósuje się w miarę następstw bezpośrednich i koniecznych zranienia, że jedno i to samo pchnięcie lub uderzenie może raz być karane więzieniem 4-tygodniowém, a innym razem 10-letniém zamknięciem w domu poprawy, wtedy usprawiedliwioném jest życzenie, aby i medycyna sądowa korzystała z wielkiego wynalazku chirurgicznego w interesie osób, o które się rozchodzi“.

Nie ma teraz lekarza, któryby nie umiał cenić świetnych wyników oprawy przeciwgnilnéj, a z wynikami temi już od lat kilku liczą się lekarze sądowi, o ile zmienili zapatrywanie swoje na śmiertelność lub czas trwania pewnych obrażeń. Zdawało się, że takie akomodowanie się lekarza sądowego do wyników nowego sposobu leczenia wystarcza w zupełności, bo lekarz sądowy wypełnia obowiązek swój, jeżeli znając nowsze sposoby badawcze i lecznicze spożytkowuje takowe na korzyść sprawiedliwości. Tymczasem dowiadujemy się od znakomitego chirurga niemieckiego, że to wszystko nie wystarcza, lecz że potrzeba nowych przepisow prawnych! Sądzimy, że Nussbaum posuwa się za daleko, a historyja oświaty uczy, że zbyt gorliwi apostołowie nieraz szkodzili więcéj nauce przez siebie głoszonéj, aniżeli przeciwnicy. Przypuśćmy na chwilę, że wszystko, co N. w swym wykładzie wypowiedział, jest świętą prawdą — czyż i w takim razie nowe przepisy prawne są potrzebne? Przypuśćmy na chwilę, że w istocie nie podpada już żadnéj wątpliwości, iż rozkład wydzieliny jest wyłączném następstwem grzybków w powietrzu zawartych, i że rozkład ten nigdy nie powstaje w ustroju samym, że więc oprawa przeciwgnilna zdolną jest zapobiegać zawsze i wszędzie chorobom przyrannym, a zaniechanie jéj lub nieodpowiednie jéj zastósowanie sprowadza zgubne dla ranionego następstwa, — więc lekarz ordynujący, który inaczéj postępuje, dopuszcza się opieszałości karogodnéj i za tę opieszałość według przytoczonych wyżéj paragrafów może być karany. Paragrafy te w zupełności wystarczają, bo nie przypuszczamy, aby Nussbaum domagał się umieszczenia dogmatu o oprawie przeciwgnilnéj w kodeksach karnych. Ustawy karne sporządzają się na czas dłuższy, aniżeli na lat 10, a przecież N. sam i słusznie powiada, że prawda dzisiejsza po upływie 10 lat może być uznaną za fałsz! Jeżeli wszystkie wywody jego polegają na prawdzie niezaprzeczonéj, wtedy i ów lekarz sądowy, co to trzy ważne czynności odbywa w ciągu pół dnia, co spieszy od sekcyi do sekcyi a wreszcie do badania ranionego, zamiast uznania za gorliwość doczekać się może oskarżenia o opieszałość i słusznie, jeżeli przybywając z atmosfery grzybkowéj do czystéj atmosfery szpitalnéj pomimo obmycia sobie rąk dotyka się rany a palcem swoim lub sondą wywołuje chorobę przyranną. Lekarz praktyczny lub sądowy, dopuszczający się podobnych ciężkich przewinień, słusznie uległby dotkliwéj karze już na mocy ustaw obecnie obowiązujących.

Gdyby rzecz istotnie miała się tak, jak ją przedstawia uczniom swoim Nussbaum, wtedy położenie lekarzy praktycznych i sądowych byłoby zaprawdę dziwném. Zamiast służyć gorliwie cierpiącéj ludzkości lub przyjść w pomoc sprawiedliwości, zamiast kształcić się w zawodzie swoim i postępować ciągle naprzód, pierwszém przykazaniem byłoby dla lekarzy: kąpać się, drugiém: przebierać się, a trzeciém: karbolizować się. Na pierwszy rzut oka zdawałoby się, że można uczynić zadość tym przykazaniom bez szkody własnéj i cudzéj, ale lekarz sądowy, tak strasznie zajęty, jak go N. przedstawia, a tém bardziéj lekarz praktyczny, który między jedną wizytą a drugą miałby wykąpać, przebierać i karbolizować się — to przechodzi możność, to już jest nonsensem. Tu walka z grzybkami przestaje być profilaksą higijeniczną, a staje się utarczką—z wiatrakami! Chirurg mający opatrywać ranionych, pedyjatryk wezwany do dzieci, chorych na

ospę lub płonicę, zamiast nieść pomoc szybko a energicznie, bierze ciągle kąpiele lub przebiera się co chwila a wonią karbolową anonsuje się już z daleka. W najlepszym więc razie prawidła Nussbauma, choćby były uzasadnionemi, pozostaną tylko *pia desideria,* w praktyce przeprowadzić się nie dadzą!

Ale czytającym wykład Nussbauma mimowolnie przypominają się słowa famulusa Faustowskiego:

— — — es ist ein gross Ergetzen,
Sich in den Geist der Zeiten zu versetzen,
Zu schauen, wie vor uns ein weiser Mann gedacht,
Und wie wir's dann zuletzt so herrlich weit gebracht.

Zaprawdę, niesłychanie wymądrzeliśmy! „Los ranionego leży całkiem w ręku lekarza, który go pierwszy opatruje,— ciężko ranni odzyskują zdrowie w przeciągu dni kilku, nawet po złamaniu czaszki, — róża głowy z następowém zapaleniem opon mózgowych nie istnieje już więcéj, jeżeli obrażony dostaje się w ręce antiseptycznie wyćwiczone—w klinice chirurgicznéj umierają teraz tylko suchotnicy, charłacy itd., ludzie zaś młodzi i czerstwi już nie umierają z ropnicy— itd. itd. — a jeżeli przecież przypadek śmierci się zdarza, to w tém tylko wina lekarza.“ — Takie zasady głosi profesor kliniki w obec uczniów swoich, taką wiarą w nowy sposób leczenia przejęty jest znakomity chirurg, który sam żartuje z prawd niby ustalonych, a po dziesięcioleciu za błędy uznanych! Żałowaćby wypadało, gdyby podobny los spotkał rychło i naukę o antiseptycznem leczeniu, życzymy jéj w interesie cierpiących trwalszego dzierżenia berła w chirurgii, ale mocno się obawiamy, że do upadku jéj przeważnie przyczynić się mogą tacy fantastyczni jéj zwolennicy, jak prof. Nussbaum. Każdy lekarz nie uprzedzony przyzna chętnie oprawie przeciwgnilnéj wyższość nad dawniejszym sposobem leczenia ran, ale nie uzna jéj za nieomylną, jak nie uzna za niezawodną teoryi pasorzytowéj w ogóle. Badania uskutecznione w ostatnim czasie wykazały, że mylném jest zdanie, jakoby gojenie się ran bez reakcyi zależném było wyłącznie od leczenia przeciwgnilnego, bo zależy także od starannego tamowania krwotoku, od ścisłego spojenia brzegów rany, od należytego odpływu wydzieliny itd. (Gussenbauer): badania te wykazały następnie, że róża przyranna powstaje i niezależnie od sprawy gnilnéj (Richter), i że podstawa jéj pasorzytowa jest więcéj niż wątpliwą (Tillmanns), następnie, że oprawa przeciwgnilna nie jest zdolną wcale zapobiedz innéj chorobie przyrannéj a mianowicie tężcowi, wreszcie, że kw. karbolowy, używany do oprawy Listerowskiéj, (czyli do „listrowania,“ jak się wyraża Nussbaum), wywołuje czasem otrucie. Jak więc z jednéj strony leczenie ran przeciwgnilne ma jeszcze dość wielu przeciwników, tak z drugiéj nie ulega wątpliwości, że nie jest zdolném zapobiegać bezwarunkowo wszystkim chorobom przyrannym, a tém mniéj wolno ogłosić je jako jedynie i z pewnością zbawienne we wszystkich ciężkich uszkodzeniach; przesadą bowiem jest, i to bardzo szkodliwą, jeżeli Nussbaum zapewnia, że bieg choroby człowieka przychodzącego choć bardzo wczas do szpitala ze złamaniem czaszki jest w ręku chirurga; widzieliśmy już przypadki śmiercią kończące się pomimo „listrowania,“— prawda, że w takim razie według Nussbauma lekarz ordynujący lub ktośkolwiek inny musiał popełnić błąd! Arcyniebezpieczna to teoryja, nie tylko w obec publiczności, ale i Sądu. Publiczność gotowa jeszcze bardziéj, aniżeli dotąd obwiniać lekarzy, jeżeli ktoś umrze, który według zasad nauki, a raczéj według dogmatu Nussbauma powinien był w przeciągu kilkunastu dni wyjść zdrowym, a Sąd powinien raczéj ukarać chirurga aniżeli ścigać winowajcę, który np. za pomocą *casse-tête* wywołał u drugiego złamanie czaszki! Zapewne Nussbaum nie pomyślał nad tém, że w zbytniéj swéj gorliwości koło dobra przestępców ukuł niebezpieczną broń przeciw własnym kolegom, którzy nie mogą szczycić się tak świetnemi, niesłychanemi rezultatami, jak on.

Nauki przyrodnicze i lekarskie nie znoszą dogmatów, bo one polegają na niczém nieograniczonéj swobodzie w badaniu. Czyż zastanowił się N. nad tém, że polecając państwu skodyfikowanie, że tak powiemy, zasad Listera, ścieśnia znakomicie tę swobodę i tamuje postęp, bo jeżeli przepiszemy lekarzowi, jak ma postępować, nauka jego powoli zejdzie na niski szczebel sztuki w Chinach, gdzie np. malarz pracuje według wskazówek, których mu pomijać nie wolno. W takim razie nie wolnoby było chirurgowi nie tylko posługiwać się inną oprawą, aniżeli przeciwgnilną, ale co ważniejsza, nie wolnoby mu było, zaprowadzić ulepszenia w oprawie Listera, bo byłoby to odstępstwem od zasad ogólnie uznanych.

Medycyna sądowa postępuje krok w krok za postępem nauk lekarskich i korzysta z każdéj nowéj zdobyczy, — ale nie zapatruje on się na stosunki z ciasnego stanowiska rezultatów klinicznych, bo musi uwzględniać stosunki ogólne Wszakże bardzo mała tylko część cieleśnie obrażonych leczy się w szpitalach i klinikach, a przecież trudno wymagać od lekarza, praktykującego w małéj mieścinie lub na wsi, aby posiadał cały, tak skomplikowany przyrząd przeciwgnilny, a jeżeliby go nawet posiadał, czy materyjał z czasem nie ulegnie zepsuciu i nie stanie się bezskutecznym? Potrzeba więc tylko niejakiego zastanowienia, aby uznać, że kodyfikacyja postępowania Listera jest niemożebną, bo paragraf nie zna litości.

Medycyna sądowa nie zna ogólników, w praktyce uwzględnia ona tylko przypadek szczegółowy. Jeżeli np. człowiek ugodzony został nożem w tętnicę ramieniową i umiera z utraty krwi, a Sędzia pyta się, czy obrażenie téj tętnicy jest śmiertelném uszkodzeniem, wtedy lekarz sądowy przedewszystkiém uwzględnia stosunki, wśród których obrażenie zadane zostało. Jeżeli obrażenie miało miejsce w pojedynku, przy którym był obecny chirurg zaopatrzony w narzędzia, lub w mieście w bliskości mieszkania lekarza, który mógł zaraz podążyć na miejsce, wtedy lekarz sądowy odpowie na pytanie sędziego, że pomoc lekarska zdołałaby ranionego utrzymać przy życiu; jeżeli zaś człowiek poniósł podobne obrażenie w karczmie wiejskiéj, a najbliższe miasto, w którém mieszka lekarz, odległe było na godzinę, wtedy stanowczo odpowie, że obrażenie było śmiertelném. Tak samo oświadczy się lekarz sądowy w obec ciężkiego uszkodzenia głowy lub brzucha; jeżeli obrażenie miało miejsce w mieście, w którém zastósowanie oprawy przeciwgnilnéj było możebném, rokowanie będzie inném, aniżeli wtedy, jeżeli obrażenie nastąpiło na wsi. Zasady, a tém bardziéj przepisy ogólne, byłyby tu bardzo szkodliwemi, bo tamowałyby wolność i lekarza ordynującego i lekarza sądowego.

Nie przeczymy, że pod wpływem leczenia przeciwgnilnego rokowanie w wielu przypadkach zranienia stało się pomyślniejszém, a samo przez się rozumie się, że i lekarz sądowy rokować musi lepiéj, z czego wynika, że wiele przypadków, które dawniéj uważano za ciężkie uszkodzenia, obecnie wypada uznać za lekkie, ponieważ nie pociągają za

sobą słabości 20dniowéj, inne znów, które czyniły człowieka niezdolnym do pracy przez kilka miesięcy, teraz należy uznać jako obrażenie połączone ze słabością mniéj niż 30dniową,—wreszcie inaczéj należy zapatrywać się obecnie na kwestyję, czy obrażenie było połączone z niebezpieczeństwem dla życia i czy śmierć była koniecznėm następstwem obrażenia. Zgadzamy się na to wszystko, ale tylko pod tym warunkiem, że lekarz sądowy nie będzie miał narzuconych sobie zasad ogólnych i że jak dotąd tak nadal uwzględniać będzie przypadek, o który właśnie się rozchodzi, że więc i pod względem leczenia przeciwgnilnego inaczéj oceniać będzie przypadek, który będzie miał miejsce na wsi lub miasteczku.

Z tém wszystkiém wdzięczność się należy Nussbaumowi, że od czasu do czasu przypomina tę sprawę; mniejsza o jego wołanie o osobne paragrafy, — głos ten będzie głosem wołającego na puszczy,—ale dotknął on kwestyi arcyważnéj, któréj uwzględnienie jest koniecznėm i bardzo możebném. Mamy na myśli sądowolekarskie badanie ran przeciwgnilnie opatrzonych. Zdejmowanie oprawy celem zbadania rany jest nieraz bardzo szkodliwém, zwłaszcza, jeżeli takowe nie odbywa się śród należytych ostrożności; tém szkodliwszém może być sondowanie rany za pomocą zgłębnika może nie bardzo czystego. Lekarz sądowy udaje się do obrażonego wtedy, kiedy go sędzia wzywa, bada on więc chorego najczęściéj w nieobecności lekarza ordynującego i przez zdejmowanie oprawy i badanie może pomięszać szyki ostatniemu oraz przyczynić się do gorszego biegu choroby. Niezdejmowanie oprawy przeciwgnilnéj naraziłoby lekarza sądowego w obec sędziego na zarzut opieszałości i posądzenie go, że „chce wyrobić sobie ponowną czynność.“ Temu dałoby się zapobiedz tylko w ten sposób, gdyby lekarz ordynujący przynajmniéj w przypadkach ważniejszych na karcie wizytowéj napisał, że w interesie chorego nie zezwala na zdejmowanie oprawy i sondowanie przez pewien czas,—a jesteśmy przekonani, że wtedy żaden sędzia nie domagałby się od lekarza sądowego, aby działał wbrew życzeniu lekarza ordynującego, a co ważniejsza, wbrew interesowi obrażonego.

Gdyby z wykładu Nussbauma wynikła choć ta jedna nauka praktyczna i zbawienna, to już wykład jego zasłużyłby na uznanie; zawiera on jednak i wiele innych pięknych zasad, jakkolwiek w praktyce nie wszędzie i ogólnie przeprowadzić się dających; a ponieważ *„medium tenuere beati“*, więc jesteśmy za tém, aby w obec przesadnego uwielbienia z jednéj i nieuzasadnionego niczém poniżenia metody przeciwgnilnéj z drugiéj strony, lekarz sądowy obrał złotą drogę pośrednią, która go z pewnością nie zawiedzie.

L. Blumenstok.

Listy z Warszawy.

II.

Towarzystwo lekarskie warszawskie na posiedzeniu d. 16 marca postanowiło przedrukować własnym nakładem dzieła znakomitego naszego syfilidologa Wojciecha Oczka, a to z powodu, że w roku przyszłym 300 lat upływa od czasu, kiedy wydrukowano najważniejsze jego dzieło p. t.: „Przymiot, albo dworska niemoc. W Krakowie R. p. 1581 in 4to u Łazarza“, 664 stron. Wojciech Oczko, a właściwie Ocko, gdyż tak się nazwał w wymienionėm dziele, nadworny lekarz Zygmunta Augusta, Stefana Batorego i Zygmunta IIIgo, urodził się jak wiadomo w Warszawie, a nie w Czechach ani w Morawie, jak to mylnie Gąsiorowski podaje, w roku 1545. Słuszną więc rzeczą, że warszawscy lekarze swoim kosztem w rodzinnėm jego mieście znakomite po dziś dzień dzieła wydrukują. Oprócz wymienionego dzieła postanowiono téż wydać i drugie mniejszych rozmiarów przez tegoż autora napisane dziełko p. t.: „O Cieplicach w Krakowie w drukarni Łazarza r. 1578 in 4to“. Dokładna bijografija Oczka napisana przez Edwarda Klinka podana będzie we wstępie, a oprócz tego załączone będzie facsimile listu jego, znajdującego się w Archiwum głównėm warszawskiém, oraz wizerunek marmurowéj tablicy, którą na cześć jego synowiec Wincenty Oczko w jednym z kościołów Lubelskich wmurować kazał.

Wszystko to obejmować będzie czterdzieści kilka arkuszy druku, a koszta tego wydawnictwa w przybliżeniu obliczone wyniosą przeszło 600 rubli; jest jednak nadzieja, że jeżeli nie cała ta suma, to przynajmniéj część jéj wróci się ze sprzedaży znacznéj ilości egzemplarzy, co wnosić można z ogólnego zajęcia, jaki projekt ten wzbudził. Nadto postanowiono przedruk ten poświęcić jednemu z wielce zasłużonych na polu piśmiennictwa krajowego mężów, ale o tém później.

Zasługa za to piękne i prawdziwie zaszczyt naszemu Towarzystwu przynoszące postanowienie należy się przeważnie znanemu na polu syfilidologii pracownikowi Klinkowi. On myśl tę podał i on gorącemi słowy do tego obywatelskiego kroku kolegów swoich zachęcał. To téż najzupełniéj jednogłośnie projekt ten przyjęty został, co tém więcéj na uwagę zasługuje, iż Towarzystwo nasze w ogóle z wydatkami swojemi bardzo się rachuje. Historyja druku katalogu biblijoteki, o który tak bardzo się dopominano a który pomimo to do skutku nie przychodzi, najlepszym jest tego dowodem.

Na ostatniém zeszłoroczném posiedzeniu bijologiczném Sekretarz stały Szokalski zabrał głos w sprawie szpitalnéj, która później dużo rozgłosu nabrała. Opowiedziawszy na początku swéj przemowy, czém szpitale w dawnych czasach były a czém są dzisiaj, Sz. w jaskrawych barwach przedstawił braki, jakie w dzisiaj uorganizowanym Zarządzie szpitalnym spostrzegać się dają, o czém ma on najlepszą sposobność przekonania się, ponieważ jest naczelnym lekarzem jednego z Zakładów leczniczych warszawskich. Każdy dobrze urządzony szpital opierać się powinien na harmonii między stanem lekarskim i administracyją. Dawne rządy szczegółowe, które każdym szpitalem rządziły, i w których przeważny głos mieli lekarze naczelni, zostały zniesione i wszystko zcentralizowano w jednéj na całą Warszawę t. zw. Radzie dobroczynności publicznéj; w miejsce zaś owych rad szczegółowych ustanowiono przy każdym szpitalu opiekuna wybieranego z pośród ludzi niby znanych z humanitarnego usposobienia. Istnieje skutkiem tego rozdwojenie pomiędzy władzą lekarską a administracyjną, a lekarz w szpitalu zepchnięty jest do drugorzędnéj roli. Wolno mu wizytę odbyć i recepty zapisać, lub operacyję wykonać, ale do tego téż cała jego czynność w szpitalu się ogranicza. Istnieje wprawdzie Inspektor lekarski szpitali, który jest zarazem członkiem owéj Rady głównéj, i który ma być w niéj reprezentantem ciała lekarskiego, ale głos jednego człowieka ginie w pośród członków, niemających pojęcia ani o medycynie, ani o higijenie, ani porządku szpitalnym. Stosunek lekarzy do opiekuna przedstawia się rozmaicie w różnych

szpitalach. Drażliwéj téj kwestyi ani Sekretarz stały nie dotykał, ani ja rozbierać jéj tu nie myślę. dla dania jednak pojęcia o rozmaitych wytwarzających się ztąd stosunkach, opowiem przypadek, który nie dawno się tu zdarzył. Naczelny lekarz jednego ze szpitali kazał przenieść salę chirurgiczną z pierwszego piętra na dół, a miał do tego rozmaite ważne powody; opiekun, któremu się taki porządek rzeczy nie podobał, nie wiadomo dla jakich powodów, oparł się temu i przenoszenie chorych wstrzymał. Wszelkie perswazyje na nic się nie przydały i sprawa wytoczyła się przed Gubernatora, obecnego prezesa Rady, który tym razem przyznał racyję naszemu koledze i wola jego spełnioną została. Tego rodzaju faktów mnóstwo przytoczyćby można, ograniczam się do tego jednego, gdyż jest on bardzo charakterystyczny.

W dalszym ciągu swojego przemówienia, Sekretarz stały proponował ustanowienie (na wzór tego, co jest w Paryżu) oddzielnego komitetu lekarskiego szpitalnego przy Radzie głównéj, komitetu złożonego z przedstawicieli wszystkich zakładów i mającego rozbierać wszystkie lekarskie szpitalne sprawy. Komtet taki dałby silną podstawę Inspektorowi i połączyłby go żywotnie z zakładami, zawiadamiał go bezpośrednio o wszystkim, co w każdym szpitalu się dzieje, a nadto dozwalając co chwila rozpatrywać się w całym obszarze lekarskich wymagalności, zapewniłby służbie lekarskiéj naszéj rozwój odpowiedni.

Niektórzy z obecnych na posiedzeniu kolegów podzielali zdanie Szokalskiego, i podając dalsze szczegóły dowodzące wadliwego dzisiejszego urządzenia, proponowali ustanowienie z łona Towarzystwa lekarskiego oddzielnéj komisyi szpitalnéj, któraby się tą sprawą specyjalnie zajmowała. Projekt ten jednakże upadł i postanowiono sprawy szpitalne roztrząsać na zwyczajnych posiedzeniach Towarzystwa, a to dla tego, żeby większa liczba kolegów mogła w tych rozprawach brać udział.

Sprawozdanie z tego posiedzenia przeszło do gazet nie lekarskich i sprawiło wiele hałasu w łonie rady dobroczynności publicznéj. Lekarze, którzy wymienieni byli w owych pismach, iż brali udział w tych rozprawach, otrzymali od Rady okólnik, w którym między innemi powiedziano: „Z uwagi, iż podobne do wyżéj przytoczonych doniesienia, jako całkiem z rzeczywistością niezgodne, będąc rozgłaszanemi w pismach peryjodycznych, podkopują zaufanie publiczności do zarządów szpitali, przedstawiając w tymże zarządzie rozdział na dwa jakoby przeciwne obozy, z których jeden lekarski troszczy się jedynie o dobro chorych, drugi zaś administracyjny, z kuratorem szpitala na czele, przeciwdziała tym troskliwym usiłowaniom, Rada miejska, na posiedzeniu swém z d. 12 Stycznia r. b. uchwaliła zażądać od Pana, jako biorącego udział w rozprawach Towarzystwa lekarskiego, objaśnienia, w czém mianowicie lekarska działalność pańska krępowaną jest przez gospodarski zarząd tego zakładu, w którym pan służysz i jeżeli jest istotnie krępowaną, to czy pan donosiłeś o tém w porządku wskazanym w § 50 najwyżéj zatwierdzonéj w d. 19 czerwca 1870 r. ustawy o zarządzie zakładów dobroczynnych w gubernijach Królestwa polskiego, lub też czy doniesienie takie zrobioném było przez Pana Inspektorowi lekarskiemu szpitali, którego przedstawienie zrobione w Radzie miejskiéj zapewne przyniosłoby większą korzyść dla sprawy szpitali, aniżeli doniesienia czynione w Towarzystwie lekarskiém, jako pozbawione wszelkiéj praktycznéj doniosłości“.

Okólnik ten wydrukowany w niektórych naszych pismach wywołał komentarze i uwagi bardzo nieprzychylne Radzie warszawskiéj. W rzeczy saméj bardzo trudno pojąć, dla czego owa Rada tak bardzo się oburza na samą myśl prowadzenia rozpraw nad sprawami szpitalnemi w łonie Towarzystwa naukowego i co one jéj szkodzić mogą. Powód podany w powyżéj cytowanych słowach jest błahy, gdyż chcąc pozyskać lub nie utracić zaufania publiczności, daleko lepiéj jest znieść ów antagonizm pomiędzy lekarzami a władzami zarządzającemi, właściwie mówiąc opiekunami, aniżeli całych sił dokładać, żeby sprawę tę przed publicznością ukryć. Rozprawy toczone w Towarzystwie lekarskiém nad szpitalnemi sprawami, ze stanowiska naukowego, czysto objektywnie, bez wytykania osobistości i bez namiętności (a takiemi musiałyby one być, bo od czegóż mamy prezesa), mogą się przyczynić tylko do wyświetlenia tych stósunków, a następnie do ich poprawienia.

Zagadnięci w ten sposób okólnikiem koledzy odpowiedzieli, każdy na swoją rękę i odpowiedzieli, o ile wiem, dobrze, rezultat jednakże tego był taki, iż sprawa cała szpitalna w Towarzystwie lekarskiém zarzuconą została.

Śledztwo nad sprawą zabicia ś. p. Kurcjusza przez Hiszpańskiego już ukończone zostało. Komisyja lekarska złożona z ekspertów: Pląskowskiego i Taczanowskiego jako psychijatrów, Lambla profesora kliniki medycznéj i Bernarda lekarza miejskiego, zaopiniowała, iż umysł zabójcy nie jest w stanie prawidlowym. Historyja ostatniéj choroby jego, niektóre dane objektywne, jak równie momenta dziedziczne przemawiają za tém. W przystępie więc napadu zazdrości zabił Hiszpański Kurcjusza, nie mając najmniejszego powodu do tego; podobne napady zazdrości spostrzegano u niego poprzednio względem innych osób. W obec takiego oświadczenia ekspertów prawdopodobnie do publicznego rozsądzania sprawy wcale nie przyjdzie, tylko sąd przy zamkniętych drzwiach rozpatrzy papiery i Hiszpański odesłany będzie do domu obłąkanych.

W ostatnich czasach wykonano w Warszawie kilka niezbyt często zdarzających się operacyj, które w części pomyślnym skutkiem uwieńczone były. Chcę mówić o cięciach cesarskich i o owaryjotomijach. Zacznę od pierwszych.

W klinice prof. Lambla w szpitalu dzieciątka Jezus leżała chora, mająca nowotwór znacznéj wielkości w jamie brzusznéj i będąca w ciąży. Kiedy w nocy bóle porodowe się pojawiły, służba, bez wiadomości dyżurnego lekarza, przeniosła rodzącą do instytutu położniczego, będącego tuż obok wspomnianego szpitala. Ponieważ miednica była znacznie zwężona przez nowotwór, więc o porodzie mowy być nie mogło i trzeba było przystąpić do cięcia cesarskiego. Operacyi téj dokonał nie akuszer. jak tego można było się spodziewać, lecz profesor kliniki chirurgicznéj Kosiński. Wobec blizko stu osób (studentów, lekarzy, akuszerek) zrobiono przedewszystkiém cięcie po prawéj stronie linii białéj, w odległości 2 cm. od niéj w taki sposób, iż $^2/_3$ cięcia wypadło powyżéj a $^1/_3$ poniżéj pępka; długość cięcia wynosiła 17 cm. Cięcie dla tego po prawéj stronie wykonano, ponieważ nowotwór uciskając przesunął macicę na stronę prawą. Dalszy przebieg operacyi był normalny, a na macicę nałożono 7 szwów katgutowych. Operowana umarła w 51 godzin po operacyi na zapalenie otrzewny. Nowotwór był znacznéj wielkości, ważył około 12 funtów, wziął początek z tkanki łącznéj mięśnia biodrowego wewnętrznego, a badanie mikroskopowe wykazało, iż jestto włókniako - mięsak (*fibro - sarcoma*).

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego silnie sposób ten operowania krytykowano. Cięcie samo miało wypaść zbyt wysoko, bo w dnie macicy, gdzie ściany są najgrubsze i naczynia krwionośne silnie rozwinięte. Szwy katgutowe nałożone na ranę macicy były zupełnie niepotrzebne, gdyż wiadomo, że katgut wkrótce rozmięka a brzegi rany zaraz się rozchodzą, co w tym razie w rzeczy saméj miało miejsce, jak się o tém przy sekcyi przekonano. Czas trwania operacyi (5 kwadransów) miał być zbyt długim. Wszystkie te zarzuty obecny na posiedzeniu operator starał się odpierać.

W numerach 17 i 18tym „Medycyny" Kondratowicz usiłował dowieść, iż nowy sposób wykonywania cięcia cesarskiego podług Porro, przyczém macica zostaje wyciętą, jest najracyonalniejszym i najwyższą liczbę pomyślnych rezultatów daje. Korzyści z takiego sposobu operowania są w rzeczy saméj wielkie. Przedewszystkiém ważna kwestyja nakładania lub nienakładania szwów na macicę zupełnie upada, potém usuwa się z jamy brzusznéj organ, którego treść ulegać może rozkładowi i ropieniu i może wypróżniać się do jamy brzusznéj, przez co możliwość zapalenia otrzewny znacznie się zwiększa. Wreszcie w razie wyzdrowienia choréj przez wycięcie macicy usuwa się raz na zawsze możliwość zapłodnienia. Kondratowicz zebrał 42 przypadki téj operacyi (wykonano ich daleko więcéj) i wykazał, iż rezultat ich daleko jest lepszym, aniżeli przy operowaniu dawnym sposobem.

Drugiego cięcia cesarskiego dokonał Gliszczyński na Saskiéj kępie, z niepomyślném dla matki zejściem.

W ogóle sześć razy cięcie cesarskie w Królestwie polskiém było wykonane. Jedno przez Dybka w r. 1821, dwa przez Gliszczyńskiego, jedno przez Kosińskiego, jedno w Lublinie przez Szmidta, a szóste wykonane było w Częstochowie w 1872 roku.

Ze szczęśliwszym rezultatem wykonał Kosiński w ostatnich czasach kilka owaryjotomij, wycinał on cztery razy zwyrodniały jajnik w ostatnich 6ciu tygodniach, i jak się zdaje wszystkie operowane przy życiu zachowane będą, gdyż wszystkie są już rekonwalescentkami. Operacyje odbywały się w szpitalu św. Ducha, a okres pooperacyjny operowane przebywały w pawilonie, w którym od półtora roku wcale chorych nie było. Jestto wielki postęp, gdyż przed dziesięcioma laty Kosiński wykonał 6 takich operacyj, z których aż cztery śmiercią się zakończyły, a Girsztowt wykonał ich kilkanaście, a jeżeli pamięć mnie nie myli, to ani jedna operowana nie wyzdrowiała. Po tych szczęśliwych operacyjach podobno zgłasza się coraz więcéj kobiet, kwalifikujących się do owaryjotomii. Wprawdzie daleko nam jeszcze do wyników otrzymanych przez Spencera Wellsa, niemniéj jednak postęp ten zaznaczyć mi wypada.

Kwestyja słownika lekarskiego zajmuje tutaj żywo umysły kolegów. Dobrze się stało, iż prof. Łuczkiewicz sprawę tę na szerszą wyprowadził arenę i przez to sprawił, iż komisyja krakowska zgodziła się na to, żeby i warszawscy lekarze uwagi swoje w téj kwestyi podawali. Nie możemy się jednak wcale zgodzić się na słowa prof. Janikowskiego, który dla uniknięcia zwłoki żałuje czasu i pieniędzy na przesyłanie próbnych arkuszy bądź w korekcie bądź w rękopisie do Warszawy i innych miast. W sprawie tak ważnéj, jak ustalenie terminologii naukowéj, kilka miesięcy, a nawet rok czasu, nic a nic nie stanowi. Lepiéj zaczekać rok czasu i wydać słownik ogólnie polski, zrozumiały dla wszystkich Polaków, aniżeli pośpiesznie wydać rzecz, która będzie wyrazem jednego miasta lub jednéj prowincyi. Stanie się tak, że jeden Polak drugiego rozumieć nie będzie, (jak to teraz ma miejsce) i w każdym mieście, w każdym zaułku inaczéj pisać będą. Dzisiaj, koledzy czytający pisma krakowskie zapytują się, co to jest: kolankować, cuch, pytaczka, udola, dzięgna, muda, przeczos, stulejka, więzgnić, wzwód etc.; nie mówię tu już o straszném zamięszaniu, że np. jedni kiłą nazywają syfilis a inni hernię. Ta dążność do spolszczenia wszystkiego, objawiająca się w naszém piśmiennictwie lekarskiém jest w wysokim stopniu niewłaściwa i przyczynia się do ogromnego zamięszania. Od dawien dawna mówiono apetyt, wyraz to jest łaciński, ale doskonale dający się przez wszystkie przypadki i liczby odmieniać, dla czegóż mamy wprowadzać jakieś łaknienie, którego połowa czytających wcale nie rozumie; proszę o kategoryczną odpowiedź panów puryfikatorów, co właściwie skłania ich do takiéj przemiany? Tak samo rzecz się ma z wyrazem nagminny w miejsce: epidemiczny; czy choroby zaraźliwe na gminach się szerzą, czy gmina ma być wyrazem polskim, czy nie pochodzi ona od niemieckiego *Gemeinde*? Zastępujemy więc jeden wyraz obcy, ale od wieków utarty, drugim równie obcym, niby trochę spolszczonym, bez żadnéj a żadnéj racyi. Nie chcę już więcéj przykładów podawać, przytoczone tu wystarczą dla wykazania, iż są to kwestyje bardzo ważne i że warto nad niemi się zastanowić i przedyskutować je. Słownik za ogólną zgodą ułożony będzie nas wszystkich obowiązywał i będziemy musieli wszyscy do niego się stosować. Wobec tak postawionéj kwestyi obojętną jest rzeczą, czy wyjdzie on dzisiaj, lub za rok, a potomkowie nasi nie będą mogli uczynić nam ciężkiego zarzutu: iż bawiliśmy się jak dzieci w kucie i układanie nowych wyrazów, które ani w duchu języka nie leżą, ani do powszechnego użytku wejść nie mogą. Że zaś taki popęd do kucia nowych wyrazów lub do odgrzebywania bardzo starych, wyszłych od dawna z użycia, istnieje w Krakowie, a w mniejszym daleko stopniu w Warszawie, temu nikt zaprzeczyć nie może. Najlepszym na to dowodem jest, iż prof. Janikowski oświadczył się w swoich listach za wprowadzeniem do słownika wyrazów macinnica i ukleja, a na poparcie tego ostatniego wyrazu nic innego powiedzieć nie może, jak tylko, że jest on używany przez Szymona z Łowicza. Wyraz ukleja tak jest przeciwny duchowi języka, tak niezręcznie daje się odmieniać, że nie ma racyi zamieniać nim dobrze i oddawna znany polip. Że Szymon z Łowicza przed trzystu kilkudziesięcioma laty go używał, to jeszcze nie jest dostateczną racyją, boć przecież język rozwija się, udoskonala i zmienia z wiekami zupełnie swoję, że tak powiem, fizyjognomię i co przed kilkoma set laty mogło być zupełnie dobre, to obecnie razić nas może.

Warszawa d. 13 Czerwca 1880 r. β.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie departamentu V Wydziału Krajowego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24.)

Wyniki lecznicze. Wyniki leczenia w lwowskim szpitalu są w całém znaczeniu świetne. Krótszy niż gdzieindziéj średni czas pobytu chorego w szpitalu (w r. 1878—24·05 dni a w 1879—23·11 dni) świadczy, że tu nie przetrzymują rekonwalescentów za długo. — Procent śmiertelności jest tak mały (w 1878 roku—7·81, a w 1879 r.—7·72), że prawie wyrównywa procentowi śmiertelności niektórych powiatów naszych np.

brzeżańskiego i podhajeckiego, śmiertelność na oddziale położniczym w 1878 roku nie wynosiła nawet jednego całego procentu, chociaż na tym oddziale w ciągu 1878 r. dokonano 91 rękoczynów, świadczących o nienormalnym przebiegu wielu porodów. Jeden z najlepiéj urządzonych zakładów leczniczych w Austryi, posiadający 30 lekarzy, jest szpital Rudolfa w Wiedniu. Dla porównania weźmiemy wyniki lecznicze w tym szpitalu w r. 1878, bo pod względem ilości łóżek i chorych zakład ten jest prawie jednakowym ze szpitalem lwowskim. Otóż był w nim przeciętny czas pobytu jednego chorego 32·16 dni, a procent śmiertelności wynosił 12·60%. W lwowskim szpitalu na oddziale chirurgicznym dokonano w 1878 r. 148 większych operacyj (resekcyj, amputacyj, owaryjotomij, tracheotomij, tyreotomij, laparotomij itd.), 291 mniejszych i 95 opraw gipsowych. W 1879 r. większych operacyj, między którémi były takie, jakich podejmują się tylko najsławniejsi operatorowie (otwarcie jamy brzusznéj, wyjęcie torbieli, wyjęcie macicy itd.)—223, mniejszych 255, a opasek gipsowych nałożono 77. Śmiertelność na tym oddziale w 1878 roku wynosiła 8·21, w szpitalu Rudolfa zwyż 12%. Na oddziale ocznym dokonano w 1878 roku 199, a w 1879 r. do 216 większych i mniejszych operacyj.

Liczba leczonych na kiłę z każdym rokiem się wzmaga. Na oddziale syfilitycznym męzkim w 1870 roku leczyło się 698 chorych w ciągu 27.692 dni leczenia, a w 1879 r. to jest w dziesięć lat późniéj na tymże oddziale leczyło się 1354 w ciągu 38.001 dni leczenia. Chociaż chorych jak widać z tych liczb wypuszczają prędzéj niż dawniéj, szpital nie może się pozbyć przepełnienia, tak, że w braku miejsca na obu oddziałach syfilitycznych i na oddziałach chorób wewnętrznych potrzeba nieraz chorych umieszczać na siennikach już nie tylko w salach ale i w kurytarzach. Napływ żydów do szpitala zwiększa się ciągle, tak, że w trzech latach (1875, 6 i 7) przypada na nich 66.210 dni leczenia; w 1878 leczono ich 1311 w ciągu 27.716 dni, co przenosi 15% wszystkich chorych. Na obserwacyi przed odesłaniem do zakładu obłąkanych w Kulparkowie było w 1878 roku 192, w 1879 zaś do 248 (137 mężczyzn i 111 kobiet).

Takie piękne wyniki lecznicze są tém więcéj zdumiewające, że oddział chirurgiczny i położniczy są najnieodpowiedniéj połączone w jednym budynku, tak, że zły stan zdrowia na jednym z tych oddziałów wywoływa niekorzystny stan zdrowia na drugim, a powtóre, że szpital nieustannie cierpi na wielkie przepełnienie. Ilość łóżek w szpitalu całym wynosi 715 wtedy, gdy samych chorych w ciągu zimy przeciętnie było 720 dziennie, oprócz 80 posługi, tak, że na jednego chorego wypadło mniéj niż 700 stóp kub. powietrza, a nie 1.200 jak tego wymagają przepisy higijeniczne. Na oddziale syfilitycznym męzkim, gdzie jest miejsca nie więcéj jak na 66 chorych, znajdowało się po 140 i więcéj! Znakomite wyniki leczenia w lwowskim szpitalu przypisujemy najprzód umiejętnéj i sumiennéj pracy lekarzy, a potém bardzo wielkiéj czystości, nieustannemu przewietrzaniu sal i desinfekcyi miejsc, mogących wywrzeć złe skutki na zdrowie chorych. Do szpitala św. Zofii odesłano chorych dzieci w 1878 roku 282, a w 1879 roku 298.

Etat i statut szpitala św. Łazarza w Krakowie. Uchwalony przez Wysoki Sejm na posiedzeniu w dniu 10 października 1878 etat posad i płac dla szpitala św. Łazarza w Krakowie, został ogłoszony w dzienniku ustaw i rozporządzeń krajowych w dniu 9 grudnia 1878. Część XXII, Nr. 57 i wszedł w wykonanie z dniem 1szym stycznia 1879 r.

Na podstawie uchwały sejmowéj z dnia 10 października 1878 wydany przez Wydział krajowy Statut dla tegoż szpitala został po porozumieniu się z nami przez c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych zatwierdzony, w dzienniku ustaw krajowych część XV, Nr. 80 w dniu 8ym sierpnia 1879 r. ogłoszony i rozesłany. Obowiązuje od dnia ogłoszenia.

Skład komitetu administracyjnego szpitala św. Łazarza w Krakowie. W komitecie administracyjnym zaszły zmiany następujące: W początkach roku 1878 zakończył życie zastępca przewodniczącego Stanisław Oksza Strzelecki. W jego miejsce wybrał komitet zastępcą prezesa Wgo Szymona Samelsona. — W grudniu 1878 roku z powodów nadwątlonego zdrowia zażądał uwolnienia Członek komitetu W. Napoleon Jędrzejewski. W maju 1879 r. usunęli się z komitetu przewodniczący J. Exc. Wiktor Kopff i zastępca W. Szymon Samelson. Zamianowany członkiem komitetu JW. Bronisław hr. Lassocki wybrany został zastępcą przewodniczącego; drugim członkiem komitetu zamianowano Wgo Jana Kantego Kirchmajera. W pierwszych miesiącach r. 1880 zamianował Wydział krajowy przewodniczącym komitetu W. Marcelego Łępkowskiego. Z powodu podania się do dymisyi członków JW. Lasockiego, Rosnera i Kirchmajera, według statutu zażądaliśmy przedstawienia nowych kandydatów od Rady miejskiéj i Rady powiatowéj krakowskiéj, tudzież od Wydziału medycznego c. k. uniwersytetu Jagiellońskiego [1]).

Zmiany w składzie urzędników szpitala św. Łazarza w Krakowie. Wprowadzając w życie etat uchwalony przez Wys. Sejm na posiedzeniu z 10 października 1878 r. dla szpitala św. Łazarza w Krakowie, zamianował Wydział krajowy prymaryjuszem Dra Stanisława Paszkowskiego, zaś na przeciąg lat dwóch sekundaryjuszami I klasy Drów: Aleksandra Wilkosza, Tomasza Mączkę, Franciszka Murdzieńskiego, Jana Rosnera, Tytusa Wasylewskiego i Maksymilijana Kohna; — a sekundaryjuszami II klasy Drów Karola Kramarzyńskiego, Leona Kossaka i Wiktora Żelazowskiego.

Wyniki leczenia w Krakowie. Wyniki leczenia w szpitalach krakowskich w r. 1878 nie były tak świetne jak w szpitalu lwowskim, gdyż śmiertelność tu wynosiła 11.2%, a średni pobyt chorego w zakładzie był 26.7 dni. Ze względu, iż co do czystości, utrzymania chorych, ich pielęgnowania, zdolności i sumienności lekarzy kierujących oddziałami chorych, szpital krakowski w niczém nie ustępuje szpitalowi lwowskiemu, większą śmiertelność przypisujemy po części nieodpowiedniemu pomieszczeniu chorych, jakie istniało aż do zbudowania nowych pawilonów. I rzeczywiście, jak skoro tylko chorzy zostali przeniesieni do tych pawilonów odpowiadających wszelkim wymogom sanitarnym, śmiertelność zmalała znacznie: w roku 1879 umarło na oddziałach chorych 8.66%, to jest tyle, ile w szpitalu lwowskim, a średni czas pobytu chorych w szpitalu wynosił tylko 22.4 dni. Oto jest pierwszy rezultat lepszego pomieszczenia chorych. Na oddziale położnic śmiertelność w 1879 roku wynosiła tylko 5.9%, a na oddziale obłąkanych 14%. Na syfilis w r. 1878 leczono 790, a w 1879 r. 804. W ciągu roku 1878 do zakładu św. Ludwika ze szpitala św. Łazarza odesłano 566 dzieci, a w roku 1879 odesłano 527.

(Dokończenie nastąpi).

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu 22 ospa w Londynie wcale się nie zmniejszyła. Umarło 10, leczyło się w szpitalach 218, świeżo zapadło 50. W Wiedniu umarło 11, w Pradze 15, w Paryżu 67. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 51, w Petersburgu 44. Dur powrotny złagodniał w Petersburgu. Odra bardziéj się szerzy w Paryżu a błonica łagodnieje. W Stokholmie mniéj umiera z płonicy. W Krakowie umarło w 23 tygodniu: 3 z duru brzusznego, 1 z czerwonki, 2 z róży a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy (ze szpitala św. Ludwika); 2 ospy (z ul. Grodzkiéj l. 63 i Brackiéj l. 156); 2 dławca (ze szpitala św. Ludwika); 3 róży (w wojsku).

S t a t y s t y k a ś m i e r t e l n o ś c i. W tygodniu 22 umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 38,4; we Lwowie 36,7; w Warszawie 23,7; w Poznaniu 26,9; w Wiedniu 30,8; w Pradze 43,6; w Tryjeście 30,4; w Berlinie 33,5; w Wrocławiu 30,9; w Dreźnie 30,3; w Lipsku 22,1; w Bazylei 28,6; w Brukseli 15,5; w Paryżu 29,2; w Londynie 19,0; w Kopenhadze 27,2; w Stokholmie 27,4; w Chrystyjanii 14,7; w Petersburgu 53,5; w Odesie 29,8; w Rzymie 29,7; w Bukareszcie 25,5; w Barcelonie 20,6; w Nowym Jorku 26,6; w Bombayu 22,1. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 czerwca. *Dwutygodnik med. publ.*, który w Nrze 11 zapowiada, że z końcem tego miesiąca przestanie wychodzić, żegna nas jeszcze zarzutem, że sprostowanie nasze listy osób, uznanych w memoryjale Wydziału filozof. we Lwowie

[1]) Z przedstawionych przez Wydział lekarski kandydatów Wydział krajowy zamianował członkiem komitetu Prof. K o r c z y ń s k i e g o. *(Redak.)*

za odpowiednie do objęcia katedr w założyć się mającym tamże Wydziale lekarskim, polegało na rzekomo autentycznéj informacyi i że on teraz ma przed sobą autentyczny hektografowany odpis rzeczonego memoryjału, który co do trzech osób (Drów Dobrzyckiego, Neussera i Żulińskiego) różni się od listy przez nas podanéj. Otóż winniśmy oświadczyć, że spis przez siebie podany otrzymaliśmy od protomedyka Biesiadeckiego, własną jego ręką napisany, i wręczony nam do umieszczenia z wyraźném nadmienieniem, że jest autentycznym; sądzimy zatém, że mieliśmy prawo podać go jako autentyczny. Być może, że w ostatniéj chwili i bez wiedzy protomedyka ktoś poczynił w liście małe zmiany, o tyle, że Dr. Dobrzycki z rubryki farmakologii przeniesiony został do rubryki patologii ogólnéj, i że umieszczono na liście dwóch innych kolegów. Jeżeli zaś *Dwutygodnik* widzi się zniewolonym aż przeprosić swoich czytelników, że „zbyt skwapliwie uwierzył w autentyczność informacyi Przeglądu Lekarskiego,“ to zaprawdę zazdrościmy mu, że kończąc swój żywot nie ma sobie nic więcéj do zarzucenia, bo za nic innego czytelników swoich nie przeprasza.

* Oglądaliśmy właśnie litografiję protomedyka Biesiadeckiego, wykonaną według fotografii Szuberta i rysunku na kamieniu znanego artysty naszego B. Dłuskiego w litografii tutejszéj M. Salba, nakładem Tow. lekarzy galicyjskich. Wspomnieliśmy w swoim czasie, że na wniosek sekcyi żółkiewskiéj Tow. lekarzy galicyjskich uchwaliło zamówienie litografii zasłużonego prezesa swego. Uchwała ta szybko wykonaną została, a mamy przed sobą obraz nie ustępujący w niczém dziełom zagranicznym a co ważniejsza uderzający podobieństwem. Pod popiersiem znajduje się napis: „Członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich swemu Prezesowi w dowód czci i uznania zasług.“ Nie wątpimy, ze litografija tak świetnie wykonana znajdzie pokup i jak największe rozpowszechnienie pomiędzy kolegami.

* Możemy podzielić się z czytelnikami Przegl. Lek. wiadomością, otrzymaną z dobrego źródła, że zanosi się w Niemczech na wydawnictwo obszernego zbiorowego dzieła o medycynie sądowéj na wzór zbiorów Ziemssena, Gerhardta, Billrotha itd. Dzieło to wychodzić będzie nakładem M. Lauppa w Tübindze pod redakcyją zasłużonego profesora prazskiego, Józefa Maschki i to w 3ch tomach. Uwzględniać ono będzie wszystkie bez wyjątku gałęzie medycyny sądowéj, a więc i działy w niektórych dziełach po macoszemu traktowane, jak historyję téj nauki toksykologiję i psychopatologiję sądową. Druk 1go tomu, zawierać mającego historyję nauki, część ogólną, naukę o obrażeniach cielesnych, o badaniu krwi i włosów, o rozmaitych rodzajach śmierci gwałtownéj i dzieciobójstwie, niebawem ma się rozpocząć. W drugim tomie mieścić się będzie toksykologija sądowa, rzecz o stosunkach płciowych i spędzeniu płodu, w trzecim zaś zmiany pośmiertne o uchybieniach lekarskich, o kościach pod względem sądowolekarskim i psychopatologija. We wszystkich rozdziałach dodaną będzie dokładna literatura i kazuistyka. Redaktor dzieła objął sam opracowanie jednego z najważniejszych działów; oprócz niego bierze udział w opracowaniu poszególnych działów 25 lekarzy, i to nie wyłącznie sądowych, lecz składać się będą na to dzieło i inni specyjaliści (ginekolog, okulista, otyjatra, historyk lekarski, psychijatrzy, chemicy). Z liczby 25 współpracowników przypada na państwo austryjackie (a raczéj Przedlitawiję) 13, na cesarstwo Niemieckie 10, na rosyjskie (Dorpat) 2, a pomiędzy nimi znajdują się pierwszorzędne znakomitości, jak np. Dragendorff, Husemann, Falckowie, Skrzeczka, Krafft-Ebing, Hasner, Zaufal, Schauenstein itd., których nazwiska stanowią dostateczną rękojmię, że dzieło ukazać się mające będzie jedyném w swoim rodzaju. Dla tego zawczasu, jakkolwiek może nieco wcześnie jeszcze, zwracamy uwagę kolegów.

* Otrzymaliśmy 2 pierwsze numery nowo powstałego tygodnika lekarskiego meksykańskiego (w języku hiszpańskim) z d. 1 i 8 maja rb., pt. *„La indepedencia medica,“* tygodnika, mającego specyjalnie stać na straży interesów naukowych, moralnych i zawodowych stanu lekarskiego meksykańskiego. W numerze 1szym spotykamy się z prośbą redakcyi o zamianę, wystósowaną do 167 czasopism lekarskich całego prawie świata z pominięciem atoli niemieckich, bo jedyném czasopismem „niemieckiém,“ które redakcyja prosi o wzajemność, jest *„Gazette médicale de Strassbourg.“* Między rosyjskiemi redakcyja wymienia dziwnym sposobem i *Los anales de Schmidt“* oraz *„Revista Médica de Cracovia“* i zgodnie z tą znajomością stosunków adresuje do nas „Cracovia (Rusia).“ Dowiadujemy się zarazem, że w Meksyku wychodzą jeszcze 4 inne czasopisma lekarskie, a w mieście Oaxaca czasopismo lekarsko-farmaceutyczne; daléj w Peruwii 1, w Chili 2, w Brazylii 2, w Buenos Aires 3, w Veneuzuli 1, w Uruguay 1, w Gwatemali 1, w Hawanie 2. — Naczelnym redaktorem nowego pisma jest Dr. Ferdynand Malanco, a w liczbie redaktorów spotykamy się z nazwiskiem Dra Ladislao Belina. Jeżeli się bardzo nie mylimy, jestto rodak nasz Dr. Władysław Belina Świątkowski, ciekawą mający przeszłość. Rodem z Królestwa Polskiego pojawił on się w r. 1860 w Krakowie, gdzie razem z nami uczęszczał na wykłady kliniczne proff. Dietla i Bierkowskiego. Rozchorowawszy się niedługo potém w klinice ostatniego leczony był przez czas dłuższy. Zmuszony następnie wydalić się z Krakowa znikł z naszych oczu. W r. 1868 spotkaliśmy się z nim w Heidelbergu, a następnego roku wypłynął tamże jako docent prywatny i autor rozprawy o transfuzyi, która ocenioną była w Przeglądzie Lek. przez śp. prof. Skobla. Znów znika z Heidelbergu i w 2 lata potém jako lekarz pułku 119 piechoty linijowéj francuskiéj przedkłada ministrowi wojny w Paryżu memoryjał o transfuzyi (również oceniony przez śp. prof. Skobla w Przeglądzie w r. 1871). Odtąd nic znów nie słychać o nim, aż nagle odkrywamy go jako współredaktora tygodnika meksykańskiego i autora artykułu: *„El magnetismo humano“* (w Nrze 2 tego pisma). Dr. Świątkowski, czyli jak za granicą się zowie, Dr. Belina, mieszka obecnie w Meksyku, Calle de Tacuba 18.

* **Wiedeń**. Wydział lekarski proponował ministerstwu mianowanie nadzwyczajnymi profesorami docentów prywatnych Drów: Chrobaka i Bandla (ginekologów), anatoma Zuckerkandla i neuropatologa Obersteinera młodszego.

* W Cieplicach czeskich do d. 10 bm. bawiło gości kąpielowych 2747.

+ **Karlsbad** 12 czerwca. Do dziś dnia było osób 10,009, o 1526 więcéj niż do tegoż dnia r. z. Przez pierwsze dnie tygodnia padał deszcz i panował wiatr dokuczliwie chłodny przy średniéj ciepłocie 9° R.; druga połowa tygodnia sucha, prześliczna ciepłota od 13° R. do 22° R., która na słońcu dochodziła do 33° R.

* **Mianowania i odznaczenia**. Dr. Lacassagne mianowany został prof. medycyny sądowéj w Lugdunie (Lyon) a Dr George, lekarz kolonii i zastępca sędziego pokoju w Bouffarik, profesorem higijeny i medycyny sądowéj w Algierze. — Prof. Krahmer w Hali otrzymał order korony pruskiéj 3ciéj klasy a Dr. Kristeller w Berlinie order orła czerwonego 3ciéj kl.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktorów w. n. lek. uzyskali w Uniw. Jagiell. pp. Jakób Plessner, rodem z Grojca, i Walery Jaworski, rodem z Florynki.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 24: Kośmińskiego: Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyję, akomodacyję i ostrość widzenia (c. d.); Dymnickiego: Sprawozdanie z chorób leczonych w Busku (c. d.). — W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 11: Żulińskiego: O wpływie maszyn do szycia na zdrowie (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 24: Wisłockiego: Leczenie sztucznem powietrzem (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

M. MENDELSSOHNA: O odruchach ścięgnistych pod względem fizyjologicznym i klinicznym (Osobne odbicie z *Gazety Lekarskiéj*) in 8vo str. 25.

Tegoż: Étude sur l'excitation latente du muscle chez la grenouille et chez l'homme dans l'état sain et dans les maladies (in 4to str. 4).

Prof. Dr. A. JURASZ (w Heidelbergu): Uiber Subcutane Galvanocaustik. (Osobne odbicie z *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie)* in 8vo str. 10 z 2 rycinami.

Bronisł. BABEL, inżynier, Przyszłość Krynicy, Lwów 1880 r. in 8-vo str. 31.

Piśmiennictwo lekarskie. JOZAN, E., Traité pratique compl. des maladies des femmes 9. éd. Av. fig. 18. Paris Garnier frères. Fr. 5.

KLEINWACHTER, L., Lehrbuch d Hebeammenkunst. M. 38. Abbildgn. auf 12 Tfln gr. 8. Innsbruck, Wagner. M 8.

KNAUFF, F, Das neue acad mische Krankenhaus in Heidelberg. M. einem Atlas v. 28 Tfln. u. 1. Photogr. gr. 4. München, Bassermann. M. 25.

KÖLLIKER, A., Grundriss der Entwicklungsgeschiche d. Ment-

schen u. d. höheren Thiere. M. 1. Farbentaf. u. 300 Holzschn. gr. 8. Leipzig. Engelmann. M 20.
KÖNIG J. Chemie d. menschlichen Nahrungs- u. Genussmittel. 2 Thl. gr. 8. Berlin, Springer. gebd. M. 13.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. B. w Londynie: Otrzymaliśmy i dziękujemy. O listy zapowiedziane bardzo prosimy.

Szanownych kolegów, których artykuły zalegają nieco, przepraszamy za zwłokę, która stała się konieczną z powodu, że artykuły rozpoczęte chcemy koniecznie ukończyć w miesiącu bieżącym, aby abonentów, którzy w większéj liczbie przybędą z d. 1 lipca, nie uraczyć dalszemi ciągami artykułów, których początku może nie znają.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 26 czerwca 1880. № 26. Rok XIX.

TREŚĆ: I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra Madurowicza w Krakowie. MARS. Przebieg endemii gorączki połogowéj w grudniu 1879 r. (Dok.) — II. GLÜCK. O istocie przyrzutu szankrowego. (Dok.) — III. *Oceny i sprawozdania*: Patologija celularna i choroby infekcyjne. Sprawozdanie Dra Piska. (Dok.) SZUMAN. MENDEL. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Posiedzenia towarzystw:* Towarzystwo lekarskie krakowkie. — V. *Odcinek:* LUTOSTAŃSKI. W sprawie reformy szkolnéj. — OETTINGER. Hippokrata: O powietrzu, wodach i miejscach. (Dok.) — ŚCIBOROWSKI. Listy ze Szczawnicy. I. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra Madurowicza w Krakowie.

Przebieg endemii gorączki połogowéj w grudniu 1879 roku.

Opisał Dr. A. Mars
asystent kliniczny.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Daléj widocznem jest, że od roku 1874, tj. od czasu, gdy zniesiono domy podrzutków i skutkiem tego znacznie mniéj rodzących i brzemiennych do zakładów położniczych zgłaszało się, obecnie w zakładach położniczych krakowskich liczba porodów z każdym rokiem wzrasta szybko i dziś przekroczyła prawie liczby do czasu istnienia domu podrzutków się odnoszące. Widać to jasno, gdy się zliczy liczby przyjętych w obu zakładach położniczych kra kowskich i tak

w roku 1871	przyjęto	371
„ 1872	„	301
„ 1873	„	299
„ 1874	„	195
„ 1875	„	200
„ 1876	„	254
„ 1877	„	311
„ 1878	„	322
„ 1879	„	355

Klinika stara się przyjmować jak najwięcéj przypadków ze względów naukowych w obec szczupłego materyjału a każdy lekarz pojmie łatwo, ile traci klinika przez to, że dla braku miejsca odsyła połowę przypadków do szpitala. Jeżeli zaś do kliniki przyjmuje się więcéj, cierpią na tém stósunki zdrowotne w obec niektórych wad w urządzeniu samego budynku leżących. Wydawaćby się mogło, że klinika może łatwo zapobiedz przepełnieniu, przyjmując mniéj przypadków, skoro można je do szpitala przyjmować, jednakowoż tak nie jest, albowiem oddział szpitalny posiada téż niewielką ograniczoną liczbę łóżek a ztąd wynika w obec tego, cośmy o gromadnym napływie porodów do zakładów mówili, że w pewnych miesiącach powstaje przepełnienie równocześnie tak w klinice jako téż i na oddziale szpitalnym, jak to 12go grudnia zeszłego roku miało miejsce.

Stósunki zdrowotne w klinice pogarszają się z każdym rokiem tém więcéj, ile że c. k. Rząd nic ku naprawie złego nie czyni. Niedawniéj bowiem niż w roku 1875 odmówiło Ministeryjum budowy baraków, których potrzeba celem rozszerzenia kliniki już podówczas czuć się dawała, a których się prof. Madurowicz u Rządu domagał, nadto dotacyja na konieczne oczyszczenie kliniki z każdym rokiem maleje tak, że w roku bieżącym nie wystarczała na odrapanie ścian ze starego wapna i ściany zostały tylko pobielone, podłogi polakierowano dopiero w skutek protestu i usilnego domagania się dyrektora kliniki, sprzęty zaś kliniczne jak łóżka, szafy, stołki, umywalnie, szafki nocne nie zostały świeżo polakierowane, okazują więc wyraźnie ślady zeszłorocznego użycia.

Z tego cośmy o przepełnieniu na klinice powiedzieli wynika: że przyczyną niekorzystnego stanu kliniki w listopadzie ubiegłego roku było przepełnienie. Że endemija nie przybrała szerszych rozmiarów, tylko ograniczyła się do jednego przypadku śmiertelnego, zawdzięczyć należy temu, że opisany stan niekorzystny wcześnie rozpoznano i natychmiast użyto z całą energiją wszelkich środków zaradczych. Do środków zaradczych i zapobiegawczych prócz ścisłego przestrzegania porządku i czystości w najszerszém tego słowa znaczeniu zaliczamy: wietrzenie o ile możności lokalu, ograniczenie badania rodzących przez uczniów do konieczności, uważanie na stolec u położnic zdrowych, staranne badanie stanu każdéj położnicy, daléj zwalczanie energiczne choćby najmniejszych objawów chorobowych, skoro się tylko pojawiają, a to już z tego względu, że mimo to, w czasach niekorzystnego stanu ogólnego kliniki, zmiany miejscowe łatwiéj stają się rozleglejszemi, i wywołują znaczniejsze objawy ogólne, niż to w warunkach lepszego stanu ogólnego kliniki miejsce miało.

Ze względów praktycznych podajemy postępowanie w obec zmian miejscowych, jakiego w klinice używano, i tak:

oglądano starannie wszystkie popłody w celu przekonania się, czy coś nie pozostało w macicy, wolniejące macice nacierano ręką po porodzie, kontrolując zachowywanie się tychże przez co najmniéj 3 godziny po porodzie ręką na dnie macicy utrzymywaną. Podawano osłabionym tuż po porodzie wino, bulijon, rosół. Uwzględniając ogólne niekurczenie się macic u świeżych położnic jako zwykle pierwszy objaw mającego nastąpić złego stanu kliniki, podawano bez wyjątku każdéj położnicy tuż po porodzie *extractum secalis cornuti*, bez względu na to, czy macica tuż po porodzie była dobrze skurczoną lub nie. W lutym zeszłego roku na posiedzeniu Akademii lekarskiéj w Paryżu Guérin (*Centralblatt für Gynäkologie* Nr. 22), a w lipcu Rogowicz (Medycyna Nr. 32 i 33) zalecali podawanie sporyszu po porodzie, Rogowicz z dodatkiem chininu, jako środek zapobiegający zakażeniu. Sposób ten nie jest nowym, w klinice bowiem krakowskiéj używanym jest od roku 1863, środek ten zalecał już K. Braun (w *Klinik der Gebursthilfe und Gynäkologie* 1855 str. 531). Każdą rodzącą po porodzie oczyszczano 2% roztworem kwasu karbolowego jak niemniéj przepłukiwano nim pochwę. Po zabiegach operacyjnych lub gdy płód urodził się macerowany, robiono powyższym roztworem wstrzykiwania do jamy szyi a nawet i do właściwéj jamy macicy. Przy każdém podniesieniu się ciepłoty podawano chorym chinin i kwaski, a to szczególniéj gdy gorączka miała typ remitujący. W przypadkach zaś, gdzie gorączka była stała (*febris continua)* podawano: Koniak, wino, bulijon, kamforę, *decoctum chinae vinosum, liquor ammonii anisati.* Wrzody na częściach rodnych w miarę ich jakości opatrywano starannie jużto środkami przeciwgnilnemi, jak odwarem kory chinowéj, roztworem nadmanganezianu potasowego, roztworem kwasu karbolowego, już téż przyżegano lapisem, roztworem półtora chlorku żelaza, lub przykladano środki drażniące jak mięszankę eteru z kamforą itd. Podrażnienie otrzewny około macicy zwalczano okładami wysychającemi, pijawkami etc. Przy powstającém wzdęciu brzucha pomazywano takowy kolodyjonem. Przy cuchnących odchodach wstrzykiwano w miarę jakości tychże jużto do pochwy, już téż do jamy macicy, środki różne przeciwgnilne. Uważano nader pilnie na podtrzymanie sił pożywieniem odpowiedniém stanowi, w jakim się chora znachodziła, i tak nie hołdując wcale zasadzie głodzenia położnic podawano słabszym bulijony, rosoły z jajem, winną polewkę, silniejszym kompoty, kaszki, potrawki. Opatrywano odleżyny. Wreszcie uważano bardzo na zmiany w innych organach i na stan ogólny chorych.

Przypadki powyż opisane zajmują jeszcze same przez się pod pewnemi względami, i tak faktem jest, że w zakładach, które są zarazem klinikami, jeżeli się pokaże przypadek gorączki pologowéj, można wykazać najczęściéj, że powstał przez udzielenie zakażenia od zewnątz np. przez badającego (*cadaveröse Infection* Semmelweisa) jużto za pomocą nieczystego palca, narzędzi, sprzętów etc., rzadziéj zaś przydarza się, że chora zakaża sama siebie, zakażenie od wewnątrz (*Selbstinfection* Semmelweisa). Że zakażenie przez badających jest możebném tam, gdzie uczniowie odwiedzają zakłady anatomii opisowéj, anatomii patologicznéj i różne kursa operacyjne, nie potrzebujemy dowodzić. W klinice krakowskiéj nie wolno uczniowi uczęszczającemu na położnictwo być zapisanym na przedmioty wykładane w zakładach, z którychby zakażenie przeniesioném być mogło. W innych klinikach zakaz taki nie istnieje, ale za to ograniczony jest znacznie przystęp do rodzących i położnic, co jest możebném w wielkich klinikach, przy znacznym materyjale, ale nie tutaj, gdzie uczniowie każdy przypadek wyzyskać muszą. Ostrożność ta jednak jest niewystarczającą, mimo to bowiem uczniowie zakażają położnice w klinice.

Że tak jest, na dowód przytaczamy spostrzeżenie zrobione w ubiegłym roku szkolnym, a które stwierdza spostrzeżenia Veita (*Monatsschrift für Geburtskunde* XXVI, str. 186), G. Brauna (*Med. Jahrbücher* XVI, 31), Hugenbergera (*Das Puerperalfieber* 27), Spätha (*Wien. med. Jahrb.* 1863, I, str. 10—27) i innych.

Niechcąc cytowaniem przypadków z protokółów rozwlekać naszego opowiadania podajemy sam fakt. W ubiegłym roku szkolnym w czasie od początku lutego do końca niespełna marca pojawiały się przypadki pojedyncze zakażenia w połogu; chorowały zaś głównie pierwiastki takie, które przyjęto jako brzemienne, albo takie, które przybyły jako rodzące w pierwszym okresie porodowym, czyli innemi słowy, chorowały głównie takie, które dłuższy czas, kilkanaście i więcéj godzin, na sali porodowéj rodziły i wielokrotnie były badane. Rodzące zaś, które przybyły do kliniki dopiero w drugim okresie porodowym, wieloródki, które szybko rodziły, a nawet położnice po ciężkich zabiegach operacyjnych, jeżeli natychmiast po przybyciu do kliniki były operowane, przebywały wszystkie połóg prawidłowy, czyli innemi słowy osoby mało podczas porodu badane nie chorowały. Że zaś zakażenie nie zkądinąd tylko od uczniów pochodziło, dowodzi okoliczność, że przypadki chorobowe dopóty pojawiały się, dopóki uczniowie uczęszczali na klinikę. Dnia 23 marca rozpoczęły się feryje półroczne, uczniowie nie byli w klinice i był to pierwszy dzień, w którym rodzące dwie pierwiastki pozostały zupełnie zdrowemi, tak jak po nich niemal wszystkie rodzące.

Jak wykazanie źródła może być czasami trudném, tak w innych razach daje się ono wykazać niemal z matematyczną dokładnością. W przypadku pierwszym przez nas opisanym źródło zakażenia znachodziło się na téj saméj osobie, czyli chora sama siebie zakaziła gorączką połogową, co widoczne z opisu przebiegu tego przypadku, podano bowiem, że chora cierpiała na *endometritis* już *intra* a prawdopodobnie i *ante partum.* Że w takim przypadku gorączka połogowa łatwo powstaje, rzecz sama zdaje mi się nie potrzebuje dowodzenia, jak niemniéj i okoliczność, że w tego rodzaju przypadkach powstaje to cierpienie podczas porodu, tj. w czasie, gdy skutkiem pęknięć w miejscach wązkich kanału rodnego stoją otworem naczynia krwionośne i limfatyczne. Zakażenie takie powstaje nie tylko w chorobach takich, jak w przytoczonym przypadku, gdzie sprawa chorobowa jest umiejscowioną w narządzie płciowym, ale powstać może w każdym przypadku, gdzie u choréj znachodzi się sprawa chorobowa z wydzieliną gnilną na zewnątrz spływającą. Chora w przypadku pierwszym opisana zakaziła nietylko samą siebie, ale i trzy inne pod Nr. 2 3, i 4 opisane, dowodzą tego następujące okoliczności i tak: wszystkie 3 chore leżały w tym samym pokoju, co i chora w przypadku 1ym opisana, wszystkie zachorowały po przybyciu przypadku 1go do kliniki, a wreszcie wprzód nie było w klinice przypadku, od któregoby mogły być zakażone, same zaś nie okazywały żadnych zboczeń, po którychby można myśleć o zakażeniu samych siebie. W przypadku 4ym zakażenie nastąpiło nad

to 11go dnia połogu i to w dniu, w którym do tegoż samego pokoju wniesiono przypadek 1szy.

Drugą uderzającą okolicznością w powyższych przypadkach jest to, że tuż po wyniesieniu przypadku pierwszego ze sali położnic chorych do separatki, nastąpiło natychmiast polepszenie w przypadkach 2, 3 i 4. Polepszenie to widoczném jest wyraźnie na tablicach ciepłoty, które w tym celu załączamy:

Fig. 1.

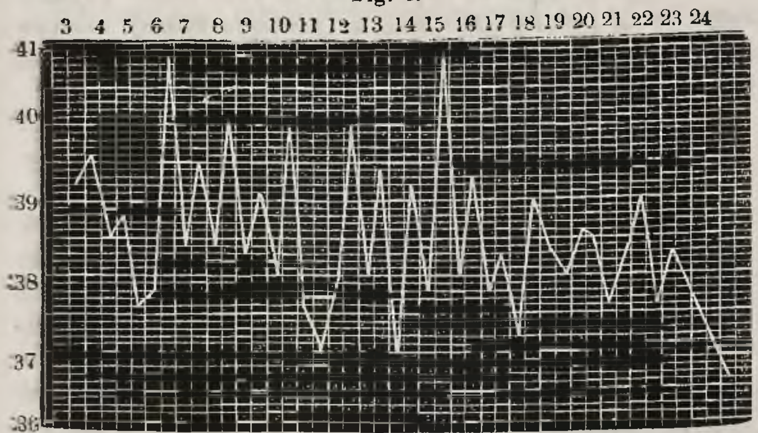


Fig 2.

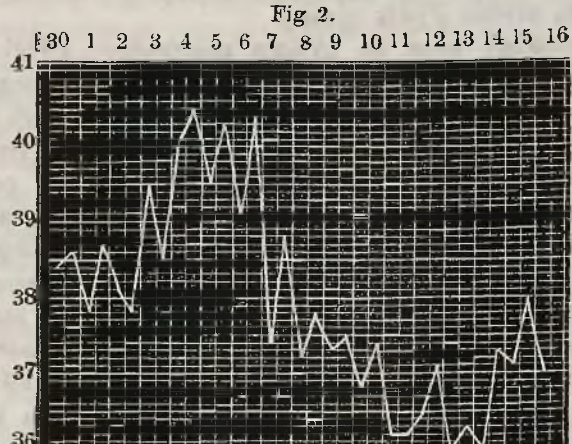


Fig. 3.

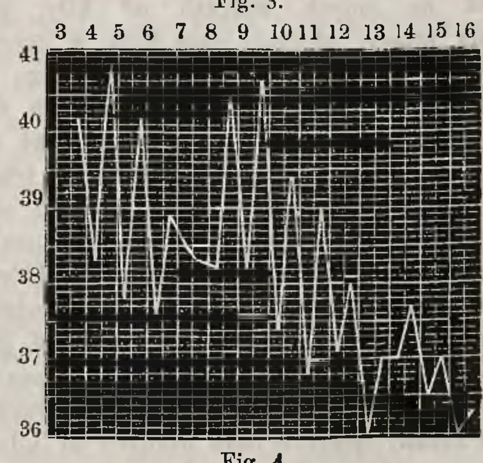
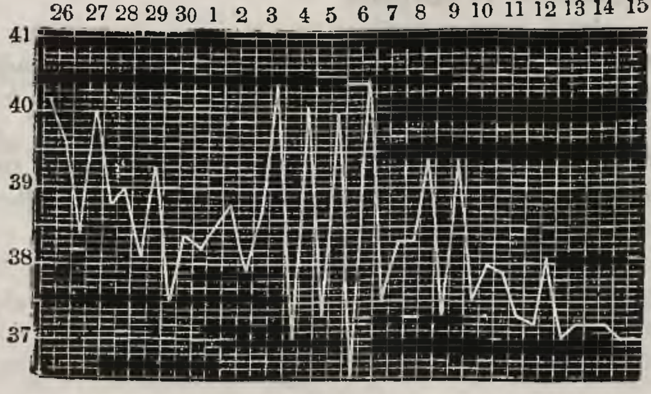


Fig. 4.



Acz szczupła liczba, bo trzech przypadków, stanowczych wniosków wysnuć nam nie pozwala, to jednak mimowolnie nasuwa nam się twierdzenie na podstawie spostrzeżonego równoczesnego polepszenia u pomienionych chorych, że osoba zakażająca na osoby przez nią zakażone może wywierać wpływ niekorzystny przez czas dłuższy, czyli, że gorączka połogowa w osobie zakażonéj może być, że tak powiemy, utrzymywaną wpływem osoby zakażającéj, które to utrzymywanie ustępuje, skoro się usunie osobę, która ten wpływ wywiera, a tém samém, że u osób zakażonych następuje polepszenie.

Daléj nasuwa nam się wniosek, że aczkolwiek jednorazowe chwilowo działające zakażenie może wywołać najrozleglejsze zmiany w organizmie i prowadzić wreszcie nawet do zejścia śmiertelnego, to istnieć mogą przypadki, w których jednorazowe, chwilowo działające zakażenie, znaczniejsze nawet zmiany wywołujące przy pewnéj odporności organizmu dalszych zmian nie wywołuje, lecz owszem objawy takowego ustępują, jeżeli nie działa daléj zakażenie; czyli, że istnieją przypadki, w których, aby powstał kliniczny obraz gorączki połogowéj, potrzebném jest dłuższe trwanie wpływu zakażającego, albo jak namieniono już, choroba musi być w danym organizmie utrzymywaną.

II. O istocie przyrzutu szankrowego.

Napisał Dr. **Leopold Glück** w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Przyznać należy, że i to zdanie ma wiele za sobą, gdyż już doświadczenia Ricorda, a przedewszystkiém Boecka i Bidenkapa, za niém przemawiają. Ci ostatni szczepili bowiem w celach leczniczych bardzo wielu chorych kiłą dotkniętych wydzieliną „wrzodów stwardniałych“ i kłykcin sączących i otrzymali zmiany tak na samych chorych, jak na innych kiłowych w licznych szeregach przeszczepialne, które zatém, według ich zdania, były zwyczajnemi wrzodami wenerycznemi. W 1865 r. szczepił jednak Pick w klinice prof. Hebry chorych kiłowych ropą bąblicy, trądzika, świerzbu i liszaja żrącego i otrzymał zmiany, których wydzielina również tak na samych chorych, jak na innych kiłowych była przeszczepialną. Równoczesne szczepienia kontrolujące na niekiłowych dawały jednak wyniki ujemne. Takie same doświadczenia wykonane przez Morgana wydzieliną rzeżączkową i kłykcinami stożkowatemi, dawały na kiłowych te same wyniki, do których doszedł i Pick. Na podstawie tych doświadczeń dochodzimy zatém do wyniku, że każda ropa przeszczepiona na osoby dotknięte kiłą wywołuje u nich zmiany, które według jednogłośnego mniemania prawie wszystkich syfilidologów są zwyczajnemi wrzodami wenerycznemi.

Nasuwa się jednak pytanie, czy zmiany, jakie Boeck i Bidenkap z jednéj, a Pick i Morgan z drugiéj strony, otrzymali, rzeczywiście są zwyczajnemi wrzodami wenerycznemi? Jeżeli tak, to powinny przeszczepione na zdrowych dać wyniki dodatnie, tj. powinny u zdrowych wywołać zmiany w dalszych szeregach przeszczepialne. Długi czas wahano się przystąpić do tego rodzaju doświadczeń z obawy, aby szczepiąc zdrowych powyższemi zmianami nie obdarzono ich kiłą, jak to jeden przypadek lekkomyślnego szczepienia w klinice Boecka okazał. Wreszcie wystąpił, jeżeli się nie

mylę, w 1877 r. Dr. Zarewicz po raz pierwszy z wynikami takich ściśle przeprowadzonych doświadczeń i wykazał, że tego rodzaju zmiany na zdrowych wcale nie są przeszczepialne, czyli innemi słowy, że nie są zwyczajnemi wrzodami wenerycznemi. Ostatnie te doświadczenia są ważnym postępem dla naszéj nauki, gdyż jak z jednéj strony wykazują mylność dotychczasowych zapatrywań na rzeczone zmiany, z drugiéj strony zadały cios śmiertelny i tak już zachwianemu unitaryzmowi.

Cóż nas pouczył cały powyższy wywód? Jaką korzyść odnieśliśmy przez zestawienie wyników doświadczeń rozmaitych badaczy? Nie wielką wprawdzie, lecz o tyle ważną, że z czystém sumieniem możemy wypowiedzieć zdanie: Przyczyna wrzodów wenerycznych zwyczajnych nie zostaje w żadnym związku z kiłą i nie wszystkie zmiany, które dotychczas prawie jednomyślnie uważano za „szankry", są niemi w rzeczywistości. Mimo to jednakże nie postąpiliśmy ani o krok w poznaniu istoty przyrzutu poszukiwanego.

Dotychczas mówiliśmy o łatwéj przeszczepialności wydzieliny zwyczajnych wrzodów wenerycznych, jako o głównéj ich cesze, tylko w ogólności, czas jednak byśmy się nią zajęli nieco dokładniéj. W tym celu zadamy sobie następujące dwa pytania. Kiedy i pod jakiemi warunkami traci wydzielina zwyczajnych wrzodów wenerycznych swą przeszczepialność? a następnie, czy przeszczepialność wydzieliny jest wyłączną cechą tych wrzodów?

Na pytanie pierwsze odpowiadają nam spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia Köbnera i Boecka, które wykazały, że, jeżeli zwyczajny wrzód weneryczny z przyczyn, których dokładnie nie znamy, przemienia się we wrzód żrący lub zgorzelowy, natenczas wydzielina jego traci swą główną cechę w zupełności; prócz tego pokazało się, że wydzielina wrzodu w okresie poczynającego się gojenia również już nie jest przeszczepialną. O własności téj wspominają wprawdzie już Ricord i Rollet, szczególniejszą jednak uwagę zwrócił na nią Baerensprung i umieścił ją między pięcioma cechami przyrzutu „szankrowego". Dalszą własnością rzeczonego przyrzutu miała być w myśli dawniejszéj szkoły bezgraniczna przeszczepialność. Doświadczony i w tym względzie Boeck przekonał się jednak wielokrotnie, ze zwyczajne wrzody weneryczne są zazwyczaj tylko w 7—9 szeregach przeszczepialne; ponieważ nie ma reguły bez wyjątku, dla tego i tu, wprawdzie rzadko, zdarzyć się może, że wrzody takie są przeszczepialne w 83 szeregach, niekiedy zaś ani w jednym.

Ricord, a szczególniéj Köbner i Boeck, przeprowadzali w chęci bliższego zbadania przyrody i siły przyrzutu liczne doświadczenia z rozrzedzoną, zasuszoną i zamrożoną wydzieliną „szankrów" i otrzymali następujące wyniki. Jeżeli się dodaje do jednéj kropli rzeczonéj wydzieliny 3—6 kropel wody lub krwi i szczepi się tą mieszaniną, otrzymujemy wyniki przeważnie ujemne. Im więcéj się dodaje wody lub innéj cieczy obojętnéj, tém mniéj otrzymuje się wyników dodatnich. Wyniki dodatne pochodzące z większych rozcieńczeń były tylko pęcherzykami zupełnie powierzchownemi, które po 2—3 dniach bez śladu ginęły. Mięszaniny w stósunku 1 do 10 dawały prawie zawsze wynik ujemny. Zeissl już z mieszaniną w stósunku 1:1 nie we wszystkich przypadkach otrzymywał wyniki dodatne, a jeżeli zamiast wody dodawał spirytusu w tym samym stosunku, doświadczenia wypadły zawsze ujemnie. Köbner daléj zasuszał wydzielinę, która po trzech dniach niekiedy dawała dodatni, po ośmiu dniach zaś wynik ujemny. Wydzielina traci przeszczepialność, jeżeli się ją nad 40°C ogrzeje lub oziębi do —12°C; przez dodanie równéj ilości kwasu octowego lodowatego, siarkowego, chlorowodowego lub sublimatu i alkoholu pozbawiamy ją także téj własności, nie traci jéj jednak po dodaniu téj saméj ilości kwasu borowego lub nadniedokwasu manganezu (Boeck). Mięszanina 150 części moczu i jednéj części wydzieliny jest jeszcze przeszczepialną, również mięszanina jednéj części téj wydzieliny, a 1100 części zwykłéj ropy. Uwagi godném jest daléj, że jednoprocentowy roczczyn soli kuchennéj w stosunku 700 do 1 części wydzieliny jest w szeregach przeszczepialny.

Prócz jakości wydzieliny wpływa na jéj przeszczepialność i miejsce szczepienia. Tak wiemy, że na skórze głowy i zewnętrznego ucha rzadko kiedy udaje się otrzymać wynik dodatni z ilością wydzieliny, która np. po wewnętrznéj stronie uda wywołała znaczne owrzodzenie. Ta okoliczność zaczerpnięta z doświadczenia wpłynęła na wybór miejsca do szczepień w celach leczniczych i rozpoznawczych. Doświadczenie pouczyło wreszcie, o czém jednak autorowie z małemi tylko wyjątkami (Reder) prawie jednogłośnie milczą, że szczepienia na chorych dotkniętych zapaleniem płuc lub durem, dają zawsze wynik ujemny.

Przejdźmy teraz do pytania następnego. Długi czas rzeczywiście mniemano, że tylko wydzielina zwyczajnych wrzodów wenerycznych ma, w całym obszarze chorób skórnych miejscowych, wyłączny przywiléj przeszczepialności. Do błędnego tego sądu przyczyniły się jeszcze wyżéj przytoczone doświadczenia Picka, któremu się nie udało w żadnym przypadku przeszczepić z wynikiem dodatnim ropy trądzika lub świerzbu na osoby wolne od kiły. Nowsze doświadczenia wykazały jednak mylność poprzednich i obok tego jeszcze raz udowodniły, jak oględnie trzeba przyjmować ujemne wyniki doświadczeń. Kaposi pisze: „Własne doświadczenia pouczyły mnie nadto, że ropa nieswoista króst, trądzika i świerzbu osób niekiłowych tak na samych chorych, jak na innych wolnych od kiły, przeszczepiona, wydała krosty, których ropa była w szeregach przeszczepialną..." Dr. M. Zeissl, syn znakomitego syfilidologa, potwierdził mi osobiście wyniki powyższych doświadczeń, które na sobie samym i kilku kolegach przez dłuższy czas przeprowadzał. Do doświadczeń używał ropy trądzika, którą najpierw sobie zaszczepił, a po rozwinięciu się podobnéj zmiany, przeszczepiał na kolegę. Tym sposobem otrzymywał zmiany w 6—8 szeregach przeszczepialne, które z każdym nowym szeregiem stawały się mniejsze i dłuższego wymagały czasu do rozwoju. Oprócz tych znane są jeszcze wyniki podobnych doświadczeń, które z ropą zwyczajnych owrzodzeń przeprowadzał Dr. Fanturri. Temu lekarzowi udało się otrzymać zmiany, które u osób wolnych od kiły były przeszczepialne w 14 szeregach.

Jeżeli teraz zestawimy wyniki, jakie otrzymaliśmy drogą badania anatomicznego i doświadczeń, to przychodzimy do, o ile mi się zdaje, zupełnie uzasadnionego wniosku, że dotychczasowa wiara w istnienie swoistego przyrzutu „szankrowego" jest tylko przypuszczeniem, któremu brak rzeczywistéj podstawy. Gdy jednak powiemy, że tym zagadkowym przyrzutem jest wydzielina sama a raczéj jéj ciałka ropne, to sądzę, że trafimy w samo jądro sprawy. Za zdaniem tém przemawia bowiem zachowanie się wydzieliny pod względem ilości ciałek ropnych w rozmaitych okresach przebiegu wrzodu i odpowiednio zmienna siła przeszczepialności téjże, da-

léj wyniki doświadczeń Köbnera i Boecka, które dopóty dawały wyniki dodatne, dopóki ciałka ropne jako takie z powodów chemicznych lub fizycznych nie uległy zniszczeniu, a wreszcie doświadczenia Kaposiego, Dra M. Zeissla i Fanturriego, z których się okazuje, że i ropa pochodząca ze zmian wcale nieswoistych także jest obdarzoną ową „zagadkową siłą" przeszczepialności.

Tylko wrzód prowadzący do kiły jest „szankrem", każdy inny zaś, gdziekolwiek usadowiony, nie powinien być piętnowany têm złowieszczém nazwiskiem.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija celularna i choroby infekcyjne.

Sprawozdanie
podał Dr. Wilhelm Pisek, asystent przy katedrze anat. patolog. Uniw. Jag.

(Dokończenie Patrz Nr. 25).

W anatomiczném badaniu nauka ciągle robi postępy. W każdéj z główniejszych chorób infekcyjnych wykryto istoty najprostszego ustroju, zachowujące się w ogóle w sposób podobny. Wcale tedy prostą jest myśl, iż owe istoty w jakimś bliższym z chorobami infekcyjnemi pozostawać muszą związku. Dla niektórych chorób z całą naukową ścisłością wykazano związek przyczynowy. Dokładna anatomiczna charakterystyka grzybków napotykanych stale w pewnéj chorobie, a w braku cech specyficznych przenoszenie choroby za pomocą odosobnionych i wyhodowanych po za ustrojem „grzybków", oto sposoby w jaki można udowodnić ów związek przyczynowy [1]).

Po kolei przechodzi Klebs (*Vortrag in der 2 Sitz. d. 50 Versamml. zu München 1877*) te sprawy chorobowe, w których tego rodzaju związek udowodnionym został, a w końcu swego nader szczegółowego wywodu przychodzi do wniosku: Jeżeli podobnie jak dla chorób ostrych infekcyjnych potrzeba przypuszczać i dla chorób chronicznych infekcyjnych (*Tuberculosis, Syphilis, Lepra*) przeszczepialność za pomocą pewnego specyficznego jadu, jeżeli i te choroby rozwijają się wśród obfitego rozmnażania się téjże istoty, to i dla nich przypuścić musimy obecność przyrzutu żyjącego (*contagium animatum*), czyli sprawę grzybkową.

To, co przed trzema laty niestrudzony ten badacz wypowiedział w postaci dedukcyi teoretycznéj, jest dzisiaj w przeważnéj części doświadczalnie udowodnioném. Dziś czuje się Klebs uprawnionym do ułożenia systemu dla chorób infekcyjnych na podstawach kliniczno-anatomicznych, bacząc nie mniéj i na etyjologiję. Grupuje tedy choroby infekcyjne w sposób następujący: (Eulenburga: *Real-Encyklop. 1880.* Art. *Ansteckung*).

1. *Leucocythoses* obejmujące wszystkie choroby przenośne, w których stale powstają nacieki ciałek białych.

a) *Sepsis, Diphtheria*, są to t. zw. *microsporine Processe* od *microsporon*, grzybka dokładnie scharakteryzowanego, zależne.

b) Reumatyczne i spokrewnione sprawy: nieżyty, *Pneumonia, Nephritis, Hepatitis int., Menigitis cerebr. sp. epid. Parotitis epidem*, *Erisypelas*. (*Monadinistische Processe*).

c) *Malleus, Leukaemia, Tuberculosis, Syphilis.*

O powyższych trzech działach dość dokładne już mamy wiadomości.

2. Durzyce.

3. Ostre osutki.

4. Ostre ogólne choroby infekcyjne bez lokalizacyi: Dżuma (?), cholera, żółta febra, *Anthrax*, *Malaria*, (ostatnie dwie dokładnie znane).

5. Miejscowe choroby infekcyjne (*locale Infectionskrankheiten*) *Scorbutus, Anaemia perniciosa, Struma.*

Jaki wpływ teoryja grzybkowa chorób infekcyjnych na bieg terapii nie tylko tych spraw patologicznych ale w ogóle na sztukę leczenia wywarła, zbyteczném sądzę, byłoby wykazywać. Dawniejszy nihilizm terapeutyczny, którego patologija celularna wcale nie usunęła, zastąpiła terapija racyjonalna, bo oparta na etyjologii chorób.

W największém streszczeniu podane wyżéj zasady Klebsa nie mało narobiły wrzawy. Przekonywająca trafność argumentów pozyskała w krótkim czasie umysły większości. Nie dziw tedy, że Virchow widząc walący się budynek, którego doskonalenie było zadaniem życia jego, sformułował dokładnie swe zapatrywania w obronie nie dawno ogłoszonéj (Virchows *Archiv* 79 *Heft.* 2: 1880 r.) Wolny od wszelkiéj przesady i stronniczości, rozważa ze spokojem pytanie po pytaniu, roztrząsa najdrobniejszy szczegół za i przeciw.

W przeciwstawieniu do Klebsa, zaprzeczającego samodzielności komórkom, określa Virchow istotę choroby przez chorą komórkę, (*Die kranke Zelle als pathol. Wesen -ens morbi*), którą uważa za „nosicielkę" tak życia jak i choroby. Ponieważ jedna i ta sama przyczyna działając na komórkę wywołać może już to stan pobudzania (czynny) już téż uczynić ją nieczynną, ubezwładnić, to potrzeba celem wytłumaczenia tego zjawiska koniecznie przypuścić odmienny wewnętrzny ustrój komórki (*Praedispositio*). Klebs twierdząc, że wszelkie zmiany od przyczyn zewnętrznych są zależne, przeczy istnieniu odmiennego w komórkach ustroju, jednak twierdzenia swego nie udowadnia.

W szczególności co do chorób zakaźnych wypowiada Virchow głęboką prawdę: Mimo znajomości mikroorganizmów, stale pewne choroby cechujących, przecież dalecy jesteśmy od zrozumienia istoty choroby, na podstawie téj teoryi. Jako przykład podaje gorączkę powrotną, o któréj mimo dokładnéj znajomości *spiryl Obermeiera*, przecież bardzo mało wiemy. Stosunek bowiem grzybków pod względem działania tychże na ustrój może być najróżnorodniejszy. Grzybki te mogą albo wprost zabójczo na organ jakiś działać albo produkują dopiero istotę trującą, i w tym zakresie możebne są przeróżne modyfikacyje. Grzybki mogłyby sprowadzić śmierć pierwocin zabierając im części niezbędne do życia, lub mogą produkować takie ciało, które drażniąco wpływając na pierwociny wywołuje zboczenia bytowi tegoż grożące itd. Jeżeli zaś sprodukowane ciało istotnie jest trucizną, to może porażająco lub wprost zabójczo działać na pierwociny.

Taką byłaby teoryja choroby infekcyjnéj, a co ważne, musiałaby być koniecznie celularno-patologiczną, bo gdyby nią nie była, to choroba infekcyjna przebiegiem swym żadnychby nie sprawiła w ustroju żyjącym zmian (nie koniecznie anatomicznych, może czynnościowych itd.). Czyż nam znajomość mikroorganizmów ospy (Hallier, Zürn, Keber)

[1]) Ściśle teoretycznie rozważając rzecz pierwszy dowód nie byłby wystarczającym. Wszak obecność pewnego ściśle odróżnić się dającego grzybka nie wskazuje koniecznie na związek przyczynowy, etyjologiczny. Może on być np. tylko objawem choroby.

tłumaczy stosunek tych istót do ospy, do gorączki, do późniejszéj *immunitas*? Okoliczność, że nieraz noworodki przychodzą na świat z oznakami ospy, podczas gdy matki są i były zdrowe, dowodzi znakomitego wpływu „predyspozycyi“ a nie wyłącznéj działalności grzybków, czemuż bowiem matki im nie uległy?

Daléj wynika tak z własnych doświadczeń Virchowa jakotéż i cudzych, przeważnie Hillera, nad zakażeniem gnilném, że wzrastająca jadowitość płynów wcale nie stoi w żadnym stosunku do rozmnażania się grzybków [1]), ztąd wniosek: wśród lub na grzybkach jad nie jest umieszczony lecz znachodzi się i po za niemi. Istotna teoryja chorób zakaźnych ma rozwiązać pytanie, czy owe wpływy wywołuje wyłącznie grzybek jako taki, lub téż przez jakieś ciała chemiczne, które tenże produkuje, lub na które tenże działa. Że działanie mikroorganizmów w istocie nie jest specyficzném, dowodzą niektóre choroby wywołane raz grzybkami, innym razem przyczynami zupełnie odrębnemi. Zapalenie śródmiąższowe wątroby może być wywoływane przez: 1) Alkohol, który jest produktem grzybków; 2) jad kiłowy, według Klebsa także grzybek (*Helicomonas syph.*); 3) zaduch zimniczy (*Malaria*), jak twierdzi Klebs nie mniéj na grzybkach polegająca choroba; 4) fosfor, żywienie zwierząt ciałem tém przez dłuższy czas wywołuje typową zanikową wątrobę (*prachtvolle Granularatrophie*“). (Doświadczenia Wegnera V. A. 1872). 5) różne ciecze grzybki zawierające (*Pilzflüssigkeiten*) Wolff V. A. 1876).

Na podstawie dziś znanych ogólnie stwierdzonych faktów dałaby się skonstruować hipoteza nie sprzeczna z niemi, gdzieby zamiast grzybków figurowały komórki, miejsce samodzielnych roślinnych komórek zajęłyby zwierzęce samodzielne pierwociny komórkowe.

Jeszcze słów kilka o terapii. Klebs zarzuca Virchowowi brak „terapii celularnéj“. Jakkolwiek w leczeniu obecnie bezpośrednio z pierwocinami komórkowemi nie mamy do czynienia, to przecież z takiéjże sumy składa się ustrój. Środki tak zwane ogólne są niemi tylko na pozór, skuteczne są dla tego, że działają na pewne części schorzałe ustroju. Czy terapeutyczne działanie na ruchowe lub czuciowe pierwociny nie jest terapiją celularną? Zwoje dla tego zostają nagabywane przez środki lecznicze, że zawierają komórki zwojowe, bez działania na takowe nie byłoby i działania na zwój.

Tylko dla pewnéj liczby chorób zakaźnych wyznaje Virchow naukę grzybkową, przypuszcza jednak, że liczba ta się może zwiększyć. Między mną a Klebsem,—powiada Virchow—istniała przed przemówieniem w Kasselu tylko różnica co do kwestyi, czy można ogólną teoryję w duchu pasorzytniczym dla chorób zakaźnych już teraz przyjąć. „Temu przeczyłem, jakkolwiek zgodziłem się na to, że istnieją pasorzytnicze zaraźliwe choroby infekcyjne (*ansteckende Infektionskrankheiten*). Jako główny fundamentalny brak teoryi Klebsa uważa: nieznajomość sposobu zachowania się komorki żyjącéj w obec grzybka.

Z powyżéj podanego zestawienia widać, że za jedną i drugą stroną nie mało przemawia faktów. Zaprzeczyć jednakowoż się nie da, że Virchow coraz mniéj liczy zwolenników. Virchowa nieraz to już spotkało, że jego własni wychowańcy przeciw nauce mistrza występowali, i to wcale nie bezskutecznie. Obecnie jesteśmy świadkami walki, dalekiéj jeszcze do rozstrzygnięcia, walki mającéj znakomitą donioslość dla kierunku całéj przyszłéj medycyny. Kto wie, czy gmach patologii celularnéj, nad którym pracował najgenijalniejszy dotąd z patologów 19 wieku, wkrótce nie runie pod ciosami młodocianéj, ale w siły olbrzymio wzrastającéj szkoły Klebsa?

[1]) Na tak bezwzględnie przez Virchowa wypowiedziane zdanie małoby się kto zgodził. Znamy okresy, w których grzybki w cieczach giną.

Szuman: **Przyczynek do leczenia ran mięśni i ścięgien.**

W ostatnim zeszycie Pamiętnika Tow. lek. warsz. znajdujemy znowu kilka rozpraw zajmujących chirurga, pomiędzy niemi i powyższą zasługującą na uwagę każdego lekarza.

Jeżeli zważymy, że po przecięciu lub przerwaniu mięśnia lub ścięgna nieraz czynność odpowiedniéj części ciała zostaje zniszczoną, a mianowicie wtenczas, jeżeli skaleczenie dotyczyło mięśnia, którego czynność nie da się zastąpić mięśniami sąsiedniemi, daléj jeżeli zważymy, że teraz możemy niemal na pewno zapobiedz złym skutkom tego uszkodzenia, jeżeli tylko zaraz i przy pomocy oprawy Listera udzielimy choremu odpowiedniéj pomocy, natenczas przyznamy, że powyższa rozprawa zasługuje na powszechną uwagę kolegów.

Do takich mięśni, których przerwanie niweczy częściowo działalność odpowiedniéj odnogi, zalicza autor przedewszystkiém wielkie mięśnie ramienia i uda.

Jeżeli mamy otwartą jamę mięśnia lub ścięgna, natenczas winniśmy ranę i wszystkie jéj zakątki, a mianowicie pochewki ścięgnowe, dokładnie oczyścić i wypłukać płynem desinfekcyjnym, i założyć odpowiednie szwy w mięśniach i ścięgnach, a nareszcie zeszyć skórę.

Jeżeli zaś uszkodzenie jest podskórne lub tylko mała ranka skórna do niego prowadzi, natenczas należy skórę naciąć, względnie rankę odpowiednio rozszerzyć, by przerwane końce dokładnie złączyć ze sobą za pomocą szwów.

Na poparcie powyższych przepisów podaje autor 2 przypadki własnéj obserwacyi z czasów, kiedy był asystentem kliniki chirurgicznéj we Wrocławiu:

Pierwszy przypadek tyczy się młodego człowieka, któremu pchnięciem noża przecięto poprzedniego wieczora całkowicie mięsień ramieniowy dwugłowy prawy: rozszerzenie rany skóry, dokładne wymycie całéj jamy 8% roztworem chlorku zynku, zeszycie przeciętych końców mięśnia poprzednio o 2 palce od siebie oddalonych trzema grubemi szwami katgutowemi, sączki gumowe, powtórne wypłukanie 2% rozczynem karbolu, zeszycie skóry cieńszemi szwami katgutowemi, założenie oprawy przeciwgnilnéj na całe ramie i części przedramienia, ułożenie przedramienia pod prawym kątem do ramienia w szynie rynienkowéj blaszanéj. Rana mięśnia zagoiła się *per primam*, brzegi skóry (chudéj) rozszerzyły się nieco początkowo, ale następnie szybko się rana zmniejszyła i ściągnęła. Po 25ciu dniach chory stopniowo wykonywał coraz obszerniejsze ruchy, a w 39 dni po skaleczeniu opuścił zakład osiągnąwszy prawie zupełnie normalne ruchy.

Drugi przypadek: wielka rana cięta przedramienia, grzbietu śródręcza i palca pierścionkowego lewego, przecięcie 3 ścięgien. Wymycie i wykąpanie całego przedramienia i ręki w 2% karbolu, zeszycie przeciętych ścięgien palca wskazującego i pierścionkowego pojedyńczym szwem z karbolizowanego jedwabiu, a palca średniego podwójnym, ze-

szycie skóry także jedwabiem, mały sączek w środku rany, oprawa Listera, prosta szyna drewniana. 23go dnia opuścił chory zakład, ruchy palca średniego i pierścionkowego były zupełnie prawidłowe. Prostowanie zaś palca wskazującego nie dało się doprowadzić aż do linii prostéj; najprawdopodobniéj w skutek pęknięcia zbyt rychłego szwu pojedyńczego. Z téj przyczyny przypomina S. przepis Bardelebena, żeby przy grubszych ścięgnach zakładać po 2—3 szwów, i nie zbyt blizko przeciętych końców (5—7 milimetrów od przeciętéj płaszczyzny), daléj za najważniejszą uważa S. dokładną desinfekcyję rany i opatrunek Listera. *Dr. Rydygier.*

Dr. Mendel: O napadach snu.

W czasie, w którym „zasypianie“ jako wypadek doświadczenia fizyjologicznego zajmuje tak żywo umysły lekarzy, nie od rzeczy będzie podać do wiadomości Czytelników następujący przypadek chorobowego „zasypiania“.

Przypadek ten dotyczy 37 letniego stolarza, który przed laty przebył zapalenie płuc, dur i kiłę a od czasu do czasu skarżył się na uczucie ciężkości na piersiach. W ostatnim czasie miewał napady padaczki (*epilepsia larvata*), do czego przyłączyły się niektóre objawy zboczenia umysłowego. Prócz tego nawiedzają chorego podczas obserwacyi lekarskiéj napady snu, powtarzające się mniéj więcéj co tydzień. Napady te przedstawiały się jak następuje: Podczas swobodnéj rozmowy z posługaczem lub chorym sąsiadem pacyjent pada na kolana, kładzie się na ziemi (raz tylko upadł), a jeżeli przedtém siedział na sofie, to rozkłada się powoli. Powieki opadają, galki oczne zawracają się ku górze i chory zasypia. Powierzchownie sen ten zdaje się być zupełnie prawidłowym. Głowa i oczy zawsze są w stanie tym zwrócone ku stronie prawéj. Głowę można swobodnie zwrócić ku stronie przeciwnéj, ale zaraz obraca się ponownie na prawo. Źrenice są wąskie, nie oddziaływają ani na światło, ani na bodźce mechaniczne. Cera twarzy blada jak zwykle; tętno nieco mniéj częste (52 na min.), oddech powierzchowny, przyspieszony, niekiedy nawet bardzo znacznie (do 52 na min.). Ciepłota ciała podczas napadu nieco obniżona podnosi się po napadzie po nad stan zwykły. Na początku napadu chory nie czuje nic, pod koniec ukłuty igłą porusza rękami i zasypia. Można rękom i nogom nadawać dowolnie różne ułożenia, w których pewien czas pozostają (*flexibilitas cerea*). Mocz oddany w godzinę po napadzie bywa ciemny, o wysokim ciężarze gatunkowym, bez składników nieprawidłowych; mocz oddany w 3 godz. późniéj bywa jasny i lekki. Napady trwają najczęściéj 10 minut, niekiedy i dłużéj. Po napadzie chory się poci znacznie, jest nieco oszołomiony i bardzo mało sobie przypomina z tego, co się z nim działo. Powiada tylko, że było mu słabo.

M. uważa napady te jako pokrewne stanowi padaczkowemu. Prawdopodobnie pochodzą one z chwilowéj niedokrewności mózgu.

Napadów tych nie można równać ze snem epileptyków po napadzie, któremu towarzyszy przekrwienie mózgu, ani też ze śpiączką chorych dotkniętych chorobą mózgową, jak to bywa np. w początkach porażenia postępującego. Chorzy ci nie usypiają w napadach i dadzą się w każdym czasie zbudzić.

Chorego naszego nie zdołano żadnym z dotychczasowych sposobów uśpić drogą fizyjologiczną (hypnotyzować). (*D. med. Wochft.* 1880 r. Nr. 20). *St. S.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Jeszcze przed rokiem przedstawił prof. Bouchut Akademii paryskiéj sok rośliny brazylijskiéj, zwanéj *carica papaya*, który według doświadczeń podjętych wspólnie z Wurtzem ma posiadać wybitne własności trawiące białko. Sok otrzymany z nacięć kory, a w wyższym jeszcze stopniu przetwór z niego wyrobiony, zwany papainem, tworzy z istotami białkowatemi. surowém mięsem, włóknikiem, klejem, mlekiem itp. związki, posiadające wszelkie cechy właściwych peptonów. Błony dławcowe, glisty i tasiemce podlegają po za ustrojem tym samym zmianom. Obecnie prof. Bouchut poczynił dalsze w tym względzie doświadczenia (*Gaz méd.* br. 17 kwietnia), według których ten pepsyn roślinny działa tak samo na tkaniny żywe. Po zastrzyknięciu 1 grm. 10%go rozczynu papainu lub téż soku (1:5) do mózgu zwierzęcia, wykazano po 24 godz. w odpowiedniém miejscu zamianę istoty mózgowéj na peptony. Środek ten wstrzyknięty do żywego mięśnia zamieniał w ciągu doby w tém miejscu mięsień w masę miękką, papkowatą, jaką przedstawia mięsień strawiony. Wstrzykiwano lek ten również w obrzęki gruczołów na szyi: w 3 dni po wstrzyknięciu bardzo bolesném, z następową silną gorączką, gruczoły zmiękły i zamieniły się w ropnie. W trzech przypadkach raka sutkowego i w jednym przypadku raka gruczołów pachwinowych (na oddziale Péana w szpitalu św. Ludwika) takież wstrzykiwania sprowadziły zmięknienie i „strawienie“ twardych nowotworów. Płyn otrzymany z takiego raka przez aspiracyję okazał się, badany w pracowni chemicznéj Henningera, jako pepton prawdziwy. Jeden z rozbiorów wykazał w 47 gramach płynu 2·91 białka zawierającego 0·565 peptonu (wysuszonego przy 110°), który odpowiadał na wszelkie odczynniki. I w tych przypadkach wstrzykiwania obojętnego roztworu papainu sprowadzały gwałtowne bóle i nader silny napad gorączki. Nareszcie przytacza B. doświadczenie dokonane na żywéj żabie: żabę po części pozbawioną skóry włożono w całości do roztworu soku papayi. W 12 godzin żaba zdechła, a po 24 godz. była już strawioną, po 2 dniach pozostał już tylko sam kościec.

ss) Podczas gdy w leczeniu wyprysków staramy się unikać używania wody, Amerykanie chwalą właśnie jéj użyteczność w téj chorobie. Godzi się przypomnieć, że polecane przez Amerykanów wstrzykiwania wody gorącéj przeciw krwotokom macicznym, o ile początkowo z niedowierzaniem przyjętém zostało, o tyle dziś już sposób ten wielu ma zwolenników. Teraz znów Bulkley (*The use of water in the treatment of skin-diseases, New-York 1880*) poleca jako wyborny sposób leczenia wyprysku rąk i ramion częste zanurzanie części schorzałych przez kilka minut w gorącéj wodzie. Przeciw wypryskowi rzyci (*eczema ani*) najskuteczniéj działać mają kompresy maczane w wodzie tak gorącéj, jaką tylko chory znieść może. Takież postępowanie ma być równie pożyteczne przeciw wypryskowi sromu niewieściego (*ecz. vulvae*). W przypadkach wyprysku moszen poleca B. zanurzać części chore w wodzie gorącéj przez kilka minut, a późniéj dopiero stósować odpowiednią maść. Sposób ten działa także pomyślnie przeciwko świerzbiączce części wzmiankowanych.

ss) W *Gaz. des hôpit. aux.* Nr. 35, opisano następujący przypadek: Kilkomiesięczne dziecko cierpiało od kilku tygodni na mniéj więcéj ciężkie drgawki. Wyczerpano już wszystkie środki bez żadnego skutku, gdy matka dojrzała przypadkiem koniec włosa między zębami siecznemi dziecięcia. Włos ten, 90 cm. długi, można było śledzić głęboko w gardle. Po wyciągnięciu włosa drgawki natychmiast ustały. Rohden zaś badając

przed laty pieska okazującego wszelkie przypady wścieklizny, znalazł w ranie zęba trzonowego zwitek włosów, po którego wyjęciu zwierzę zupełnie wyzdrowiało.

ss) Nierzadko spotkać się można ze zdaniem o pewnym związku między płonicą a urazem, a przynajmniéj o pewném usposobieniu rannych do zapadania na płonicę. W téj myśli tłumaczą niektórzy przypadki płonicy u położnic. Kwestyją tą zajmuje się także Dr. Treub, asystent kliniki chirurgicznéj w Leyden.

ss) Podajemy następujące uwagi prof, Spigelberga (*Breslauer ärztl. Zeitschr.* 1879, Nr. 23) nad kastracyją kobiet. Operacyja ta ma na celu przerwać czynności płciowe kobiety. Przypadki, w których po wycięciu obustronném jajników mimo to miały się jeszcze utrzymywać odpływy miesięczne, polegają na złudzeniu, a mianowicie:

a) zamiast guzów jajnikowych wycięto przez omyłkę inne nowotwory;

b) mogły istnieć 3 jajniki;

c) po operacyi mogły pozostać resztki jajnika (jajniki dodatkowe?).

Według Sp. kastracyja wskazaną jest w następujących razach.

1) Nie tylko można, ale i należy wyciąć obydwa jajniki, jeżeli takowe są schorzałe i sprawiają ciężkie zaburzenia, w żaden inny sposób ani usunąć ani złagodzić się nie dające.

2) Należy wyciąć zdrowe jajniki, jeżeli po przerwaniu czynności płciowych można się spodziewać zniesienia istniejącego ciężkiego cierpienia.

Co się tyczy punktu 1go, to kastracyja nie jest wskazaną w przebiegu zapalenia jajników lub ich tkanin sąsiednich, gdyż operacyja ta nie usuwa towarzyszącego cierpieniom tym zapalenia tkanki wyścielającéj miednicę.

W przypadkach krwotoków zależnych od nowotworów włókniakowych kastracyję przedsięwziąć tylko można wtenczas, jeżeli samych włókniaków wyciąć nie można. W przypadkach tych operacyja zazwyczaj jest mozolną, a nawet po dokonaniu jéj częstokroć krwotoki nie ustępują, która to okoliczność zgadza się z faktem znanym, że krwotoki zależne od mięśniaków pojawiają się i po latach klimakterycznych. Żadną miarą nie byłaby usprawiedliwioną kastracyja, gdybyśmy przez to chcieli sprowadzić zmniejszenie się włókniaka nie wywołującego innych dolegliwości prócz tych, które zależą od jego wielkości, lub téż przyspieszyć wessanie zawału macicy.

Hegar pierwszy wykonał kastracyję i operacyi nazwę tę nadał. Simpson opisał 22 operacyje, 9 z przebiegiem pomyślnym 11 z polepszeniem, 2 niepomyślne.

Spiegelbergowi zmarła 1 (mięśniak) z 4 operowanych, między 3 ozdrowiałemi jedna (mięśniak) miewała nadal krwotoki jak i przed tém, druga (obustronna *perioophoritis*) nie doznała żadnéj ulgi, trzecia zaś (histeryja z drgawkami) nie okazywała również żadnego polepszenia po operacyi.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne X z dnia 19go maja 1880.

Przewodniczący: Dr. Warschauer. Obecnych członków czynnych 19 i członek honorowy Protomedyk Dr. Biesiadecki.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia kol. prof. Domański wniósł, aby na przyszłość przemówienia członków, w dyskusyi na posiedzeniach udział biorących, stenografowano a z notatek stenograficznych protokół układano, jak to dawniéj miało miejsce. Wniosek ten odesłano do komitetu.

2) Kol. Ściborowski w imieniu Komisyi stałéj zawiązanéj w celu popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów leczniczych zdał sprawę o wartości nadesłanych przetworów leczniczych i dyjetetycznych. Według uznania komisyi następujące przetwory zasługują na polecenie: 1. Gazowe wody lekarskie wyrabiane w fabryce p. K. Rzący w Krakowie, a mianowicie: Woda selterska sztuczna nie ustępująca w niczém wodzie selterskiéj naturalnéj; woda gorzka gazowa mająca tę zaletę przed wodami gorzkiemi naturalnemi, że w użyciu jest daleko od nich przyjemniejszą; woda z pyrofosforanem żelaza, pomimo znacznéj ilości żelaza nader łatwo się przyswajająca, woda jodowa i woda litowa, obie zawierające daleko większą ilość leków dzielnych, niż jakiekolwiek wody naturalne, wreszcie woda potasowa mogąca znaleść zastósowanie w rekonwalescencyi po chorobach wyniszczających. 2. Proszki przeciwgośćcowe (*Poudres antirheumatismales*) p. Julijana Hausberga aptekarza w Sokalu, odznaczające się formą zewnętrzną i składem chemicznym, będącym bardzo odpowiedniém połączeniem kilku środków używanych z osobna przeciw gośćcowi. 3. Balsam na zranienia p. X. Jasińskiego aptekarza w Budzanowie, działający skutecznie jako środek antiseptyczny przy zranieniach tudzież przy wrzodach długotrwałych. 4. Ekstrakt zupowy p. Zygmunta Ruckera aptekarza we Lwowie (grochowy i kminkowy), dający w połączeniu z wodą gorącą zupę smaczną i pożywną. Na wniosek Komisyi postanowiło Towarzystwo nadsyłającym wydać stósowne poświadczenia.

3) Kol. Rosner w imieniu Komisyi wyznaczonéj na poprzedniém posiedzeniu do ułożenia zmian statutu odczytał niektóre paragrafy statutu, w których z powodu układów z Towarzystwem lekarzy galic. a w skutek uchwał Tow. lek. krak. na poprzedniém posiedzeniu zapadłych komisyja proponuje poczynić zmiany.

Po przyjęciu nieznacznych poprawek co do redakcyi niektórych paragrafów przyjęto wnioski Komisyi i wybrano kol. Domańskiego delegatem Tow. lek. krak. upraszając go, aby w razie potrzeby udał się do Lwowa i porozumiał się tamże ostatecznie z Radą zawiadowczą Tow. lek. gal. co do zawrzeć się mających układów. *Dr. Wasylewski.*

V. W sprawie reformy szkolnéj.

Między petycyjami wniesionemi do obradującego w téj chwili Sejmu na szczególną uwagę zasługuje głos Towarzystwa lekarzy galicyjskich w niezmiernéj dla kraju doniosłości sprawie reformy szkolnéj.

W kraju naszym coraz więcéj uwydatnia się upadek fizycznéj dzielności, jeżeli już nie degeneracyja fizyczna wzrastającego pokolenia. Smutna to wróżba dla naszéj przyszłości! Jedną z najważniejszych przyczyn tego karłowacenia ludności galicyjskiéj, natarczywie przemawiającego do publicznego sumienia, niezaprzeczenie upatrywać należy w powszechnie zaniedbaném fizyczném wychowaniu, w źle urządzonych szkołach i w wadliwém wychowaniu szkolném.

Niestety ogół nasz nie ma o tém wszystkiém jasnego wyobrażenia.

Nie lubimy taić spostrzeganych niedostatków, wierni zasadzie: „*et veritas liberavit vos*“. Nie chcemy jednak kreślić smutnych obrazów na tle higijenicznych stosunków szkół i szkolnictwa krajowego, bo ani czas ani miejsce po temu. Sprawą tą kilkakrotnie zajmowało się krakowskie Towarzystwo lekarskie. Przypominamy czytelnikom „Przeglądu“ obszerny memoryjał przesłany w r. 1871 Radzie szkolnéj (sprawozdawca Dr. Lutostański; Red.) w przedmiocie wykładów higijeny w Seminaryjach nauczycielskich, w którém Towarzystwo nasze wytknęło higijeniczne niedostatki szkół oraz zaradcze wskazało środki.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich, które tyle już położyło zasług obywatelskich na polu społecznej medycyny, przypominając Reprezentacyi kraju sprawę reformy szkół naszych i wychowania publicznego, składa nowy a piękny dowód swej pieczołowitości o zdrowie powszechne.

Staraniem najwyższej naszej Magistratury szkolnej, każdy to chętnie przyzna, podniósł się poziom naukowego uzdolnienia nauczycieli i wykształcenia uczniów, rozwinął się plan szkolny na podstawie narodowej, a nauczanie w różnorodnych kierunkach zrobiło niemałe postępy.

Czy jednak wzgląd dydaktyczny w tych zacnych usiłowaniach nie przemagał nad wychowawczym? czy wychowanie młodzieży wstecz się nie cofnęło, zamiast przybrać doskonalsze formy? są to 'pytania, na które dotychczas nic można dać należytej odpowiedzi. Przeważa przekonanie, że nauczanie odbywało się ze szkodą wychowania.

Bądź co bądź zapomnienie o zdrowiu cielesnem uczącej się młodzieży, tudzież o higijenicznem urządzeniu szkół naszych, zdaje się być aż nadto widocznem. Wychowanie dzisiejsze w dziewięciu przypadkach na dziesięć sprzeciwia się zasadom racyjonalnej higijeny; nie zwraca ono bowiem uwagi na wyrobienie charakteru i samodzielności, na wykształcenie godności moralnej i cnót ekonomicznych, wreszcie na wzmocnienie zdrowia i opartej na niem wiary w własne siły, w zdolność pomagania samemu sobie.

Wszystko to osiągnąć możemy za pomocą równouprawnienia wychowania moralnego i umysłowego kształcenia z wychowaniem fizycznem.

Niestety odbiegliśmy pod tym względem od wzorów wiekopomnej pamięci Komisyi Edukacyjnej, która, kładąc nacisk w swych ustawach na ważność fizycznego wychowania i należytego urządzenia szkół, pierwsza stanęła na tem stanowisku, na jakie wchodzić zaczyna spółczesna pedagogika, uznająca konieczność higijenicznych reform w szkole i nauczaniu.

Zbieg różnych nieprzyjaznych okoliczności stał się przyczyną tego smutnego objawu w szkolnictwie naszem, z czego wynika, iż Radzie szkolnej nie można czynić zarzutów.

Szkoły nasze zaiste w opłakanym znajdują się stanie. Budynki szkolne nie posiadają warunków higijenicznych, niezbędnych dla zdrowia dziatwy i prawidłowego rozwoju młodego ustroju. Zarząd i wewnętrzny porządek w szkole pod względem pracy umysłowej, wadliwych przyzwyczajeń i nałogów dziatwy szkolnej, ćwiczeń cielesnych, gier, karności itd. nie uwzględnia całkiem fizycznych potrzeb i właściwości wzrastającego organizmu, opieka zaś nad zdrowiem młodzieży wcale nie istnieje.

Taki stan rzeczy najzgubniej wpływa na zdrowie dziatwy i młodzieży, na to młodzieńcze pokolenie, od którego przyszłość kraju zawisła. Ze szkoły wychodzi młodzież wątła, fizycznie nierozwinięta, schorzała, zdenerwowana, bez żywotnej dzielności, z zarodami chorób w szkole nabytych, lub też takich, które w źle urządzonych szkołach się rozwinęły.

Tyle pożądana higijeniczna rewizyja szkół naszych i dobra statystyka szkolna mogłaby dostarczyć wymownych dowodów, opartych na brutalnej sile cyfr, na poparcie wyrażonych tutaj myśli.

Za dowód upośledzonego zdrowia młodzieży niech posłuży tutaj znaczna śmiertelność osób od 5go do 20go roku, zostających w okresie szkolnym. W Galicyi wynosi ona 8·81%, gdy w Bawaryi, w kraju o znacznej w ogóle śmiertelności, cyfra ta wynosi zaledwie 4·74% ogółu zmarłych. Że zaś ów okres wieku należy do nieprodukcyjnych, łatwo przeto obliczyć, ile kraj na próżno wydaje na wychowanie młodzieży, z której połowa marnie umiera, niczem nie przyczyniwszy się do ogólnej produkcyi. Tak na przykład w roku 1869 umarło w Galicyi od 5—20 roku 14733 osób. Gdyby umierała połowa tylko dziatwy i młodzieży szkolnej, wtedy kraj zyskałby rocznie 589280 złr., licząc wraz z Englem koszta wychowania jednej takiej osoby tylko po 80 zł. reń. rocznie.

W obec powszechnego upośledzenia wychowania domowego w naszych stosunkach, szkoła, pod względem fizycznego wychowania powierzonej jej pieczy dziatwy, większe ma obowiązki niż gdzieindziej, bo ma wyrównać wszelkie błędy higijeniczne w domu popełnione.

Reforma więc szkół jest sprawą naglącą, jeżeli oświata ma stać się rzeczywistą dźwignią naszej społeczności, rozstrojonej do najwyższego stopnia.

Na tem jednak nie koniec!

W kraju naszym spostrzegamy przerażające swą grozą stosunki zdrowia powszechnego, dochodzące do możebnych krańców. Wskazuje to straszna śmiertelność, dosięgająca w niektórych powiatach do 70 zmarłych na tysiąc mieszkańców, śmiertelność nigdzie niespostrzegana. Przyczynę tej społecznej klęski, może najważniejszą, upatrujemy w nieznajomości i zaniedbaniu przepisów pielęgnowania zdrowia w rodzinie. Najświetniejsze ustawy zdrowotne nie osiągną celu, bo ich nikt wykonywać nie umie i nie chce; najlepsze instytucyje, choćby kosztowały milijony, nic nie pomogą, bo nie potrafią usunąć fizyjologicznej nędzy, pokrywającej kraj cały żałobnym kirem. Rząd i kraj bywa bezsilnym w obec ciemnoty, indolencyi, zgubnych nałogów i przesądów ogółu mieszkańców. Poprawa opłakanych stosunków zdrowotnych wymaga pomocy samej ludności, musi wyjść z chaty włościańskiej, z domu, z rodziny. Tu tkwi początek wszelkich reform sanitarnych.

Do walki z owemi ciemnemi duchami ludzkości winna u nas wystąpić w pierwszym rzędzie szkoła. W niej dziecko, a przyszły obywatel kraju, ma się praktycznie nauczyć, jak należy szanować zdrowie, wzmacniać je, pielęgnować, jak unikać złowrogich chorób, słowem dziecko w szkole ma zaczerpnąć naukę na całe życie, jak ma w przyszłości żyć czerstwo i zdrowo.

Szkoła zatem ma u nas wzniosły obowiązek higijenicznego wychowania ludu. W jej rękach spoczywa najpewniejszy środek wzmocnienia przyszłych pokoleń, ubezpieczenia zdrowia publicznego, a tem samem założenia trwałych podstaw dla powszechnego dobrobytu. Jestto niewątpliwy sposób poprawy stosunków sanitarnych w kraju kosztem małych względnie ofiar w porównaniu z osiągniętemi korzyściami.

Na dowód niech posłuży następujące obliczenie.

W szeregu lat ostatnich rok 1876 przedstawia najmniejszą śmiertelność: zmarło bowiem w Galicyi 190762 osób, to jest 31·79 na 1000 mieszkańców. Według przyjętych przez statystyków zasad w roku tym było w Galicyi co najmniej 4387526 przypadków chorób i 158463202 dni chorobowych. Oceniając stratę w zarobku i koszta pielęgnowania chorego tylko na 30 cent. dziennie, wypadłoby, że choroby kosztowały ludność galicyjską w r. 1876 58½ z górą milijonów złotych reńskich.

Gdyby zamiast 31·79 skonów na tysiąc umierało tylko

22 osób na 1000 mieszkańców, umarłoby na rok mniéj o 58747 osób, byłoby mniéj o 1597398 przypadków chorób, czyli mniéj o 55929746 dni chorobowych, przez co kraj zyskałby 16 z górą milijonów złotych reńskich [1]) w jednym roku.

W obec tak wielkich korzyści z poprawy zdrowia powszechnego wynikających, higijeniczna reforma szkół znakomicie może się przyczynić do poprawy ekonomicznych stosunków zubożałego kraju.

Należy więc nam wstąpić na drogę, po jakiéj kroczą inne narody; musimy je nawet prześcignąć w usiłowaniach ku poprawie szkół publicznych, przystąpić do dzieła obchodzącego dziś dzieci nasze, jutro zaś przyszłość całego narodu.

Z tych powodów higijeniczną reformę szkół uważamy za najważniejszą sprawę z najpilniejszych, za jedyny może środek regeneracyi ludu, która ochronić może kraj od nieprodukcyjnych a ogromnych wydatków na szpitale a zarazem zapewnić i polepszyć zdrowie publiczne, ten pierwszy i niezbędny warunek wszelkiéj pracy, dobrobytu i szczęścia na ziemi. W jaki sposób do téj reformy przystąpić należy i jak ją przeprowadzić wypadnie najlepiéj może wskazać osobna ankieta, o zwołanie któréj słusznie prosi Sejmu Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Ankieta taka, zdaniem naszém, powinnaby wskazać sposoby i środki

1) Zaradzenia przepełnieniu szkół oraz usunięcia wadliwych higijenicznych urządzeń w budynkach szkolnych;

2) Sprawienia odpowiednich sprzętów szkolnych;

3) Wprowadzenia do szkoły prawideł higijenicznych pod względem czystości, ochędóstwa, wychowania fizycznego, kierunku pracy umysłowéj, zrównoważenia niedostatków życia szkolnego, aby szkoła przedstawiała dla ciała, umysłu i serca dziatwy i młodzieży zdrowe pomieszczenie, czystą atmosferę, rzetelną naukę, dobry przykład, i stała się prawdziwą szkołą życia, kształcącą zacność moralną, cnoty obywatelskie i ekonomiczne.

4) Wreszcie ankieta ma wypracować projekt do ustawy, normującéj stały nadzór sanitarny nad szkołami publicznemi i zakładami prywatnemi, na wzór francuski, za pomocą ustanowionych ku temu lekarzy szkolnych.

Tak zakreślona reforma szkolna wymagać będzie znacznych funduszów.

Znamy smutny stan kraju pod względem ekonomicznym i aż nadto czujemy potrzebę możliwéj oszczędności, oświadczając się zarazem przeciw zasadzie zaciągania pożyczek na rozmaite cele. W jaki więc sposób uzyskać można fundusze potrzebne na przeprowadzenie wielkiego dzieła odrodzenia naszego ludu? Odpowiedź bardzo krótka. Ofiarność publiczna, wspaniałomyślni fundatorowie i zapisodawcy, nie zwykli w sprawach tak wielkiego dla kraju znaczenia odmawiać swéj pomocy. W taki sposób powstały w Szwajcaryi i Francyi Kasy szkolne, uposażane następnie przez rządy. Oddały one wielkie usługi sprawie ulepszenia szkół i zdrowia młodzieży.

Nieraz zwracano już uwagę na mnogość zapisów, jakiemi kraj nasz na cele oświaty rozporządza, a zarazem wskazywano potrzebę skierowania ofiarności zapisodawców na inne tory, aby zapobiedz wytwarzaniu się umysłowego proletaryjatu, który w naszych nieprawidłowych stosunkach stać się może groźnym. Nie wątpię, że skoro Reprezentacyja kraju wypowie swe słowo w téj sprawie, Kasy szkolne stać się mogą rzeczywistością, a milijony przybywające corocznie do funduszu stypendyjalnego możnaby skierować do Kas szkolnych. Nastała chwila, w któréj Sejm nasz stanąć winien na stanowisku byłéj Komisyi Edukacyjnéj, a idąc za powszechném domaganiem się kraju silnie powinien ująć w swe ręce tyle ważną reformę szkolną. Wielka tradycyja i wzniosły duch wiekopomnéj magistratury szkolnéj niech przyświeca naszéj Izbie w szlachetnéj pracy.

B. Lutostański.

[1]) Obliczenie to wykonałem według metody Pettenkofera.

Hippokrata:
O powietrzu, wodach i miejscach.

Z greckiego przełożył
prof. Dr. Józef Oettinger.

(Dokończenie. Patrz Nr. 24.)

23. Reszta rodu w Europie różni się między sobą i co do wielkości i co do postaci z powodu zmian w porach, że bywają wielkie i liczne, to gorąca silne, to zimna tęgie, to deszcze liczne, to znowu posuchy długie, to wiatry, z których mnogie i rozmaite rodzą się przemiany. Z tego łatwo zrozumieć, że zmienny bywa wytwór nasienia i nie jednaki w téj saméj osobie, już to w lecie, już to w zimie, ani ten sam w porze deszczowéj, co śród posuchy; dlatego to sądzę, że bardziéj się różnią postacie Europejczyków niż Azyjan i wzrostem nader się nawzajem wyróżniają w każdém mieście, liczniejsze bowiem zdarzają się nadwerężenia w wytworze płodu, gdy zmiany pór są liczne, aniżeli gdy są podobne i jednakie. Z obyczajami ta sama jest sprawa, surowość, rubaszność i porywczość w takiéj powstaje przyrodzie, częste bowiem wstrząśnienia usposabiają umysł do surowości a przytłumiają słodycz i łagodność, dlatego mniemam, że mieszkańcy Europy są dzielniejsi niż Azyi; w ustawicznéj bowiem jednostajności tkwi gnuśność, w zmianach zaś natężanie ciała i duszy, a od spokoju i gnuśności wzrasta bojaźliwość, od natężenia zaś i trudów męztwo. Dla tego waleczniejsi są mieszkańcy Europy, także dla ustaw, że nie ulegają, królom jak Azyjanie, gdzie bowiem królom ulegają tam koniecznie bywają najtchórzliwsi, jak to pierwéj powiedziałem. Umysły bowiem popadły w niewolę i nie chcą narażać się dobrowolnie a darmo dla cudzéj potęgi. Ci zaś, co są samorządni, za siebie ponoszą niebezpieczeństwa a nie za innych, dobrowolnie się zapalają i na straszne idą przygody, nagrody bowiem zwycięztwa sami odnoszą; tak to ustawy nie mało wpływają na dzielność ducha.

W całości więc i w ogólności tak się ma rzecz co do Europy i Azyi.

24. Znajdują się zaś i w Europie różne plemiona, odmienne jedne od drugich i co do wzrostu i co do postaci i co do męztwa; sprawia zaś te odmiany to samo, co o powyższych się rzekło, jaśniéj zaś jeszcze wyłuszczę. Ci co zamieszkują okolicę górzystą i dziką i wysoką i w wody obfitą a zmiany pór bywają różne, oczywiście mają postawy wielkie i do trudu i męztwa dobrze zrodzone a nie mało w takich przyrodach jest dzikości i srogości; którzy zaś okolice wklęsłe i błoniste i skwarne, a ciepłych wiatrów więcéj mają niż zimnych, wód zaś używają ciepłych, ci wielkimi nie bywają, ani wysmukłymi, lecz rozrosłymi w szerz i otyłymi i czarnowłosymi, a sami raczéj śniadzi niż biali, mniéj wozgrzywi niż żółciowi, męztwo zaś i skrzętność w umyśle

z przyrody tamtym nie równe, zwyczaj zaś przystępujący nieco to naprawia. A jeśliby były rzeki w okolicy, coby odprowadzały z niéj wodę stojącą i deszczową, to jéj mieszkańcy byliby zdrowi i czerstwi; jeśliby zaś nie było rzek a pito wody studzienne i stojące i bagniste, to postacie takie koniecznie bywają brzuszaste i śledzieniaste. Zamieszkujący okolicę wysoką, równą, wietrzną i w wody obfitą będą co do postaci rośli i do siebie nawzajem podobni, ich umysły zaś mniéj dzielne a łagodniejsze od tamtych; w okolicach zaś jałowych, bezwodnych i gołych nie należycie umiarkowanych co do zmiany pór, postacie podobno są suche i tęgie i jasne raczéj niż śniade, a co do obyczaju i umysłu zarozumiali bywają i uparci. Gdzie bowiem zmiany pór są jak najliczniejsze i jak najwięcéj się od siebie nawzajem różnią tam i postacie i obyczaje i przyrody znajdziesz najróżnorodniejsze. One to najwięcéj przemieniają ludzką przyrodę, a potém okolica, w któréj kto żyje i wody; znajdziesz bowiem po największéj części, że w ślad za przyrodą okolicy idą także postacie ludzi i zwyczaje. Gdzie znowu ziemia jest tłusta i miękka i wodnista i mająca wody wierzchnie w lecie ciepłe a w zimie zimne a pod względem pór roku leży dogodnie, tam i ludzie są otyli i opęczniali i opuchli i leniwi i po największéj części słabego ducha, widać w nich coś gnuśnego i ospałego, do sztuk są ciężcy i ani zwinni, ani bystrzy. Gdzie okolica jest goła i nieobronna i dzika i od zimna dręczona i prażona od słońca, tam obaczysz i twardych i suchych, o członkach wyrazistych, tęgich i gęsto obrosłych i zabiegliwość dzielna właściwa jest takiéj przyrodzie i czujność, co do obyczaju i umysłu są zarozumiali i uparci, więcéj w nich jest surowości niż łagodności, a znajdziesz ich bystrzejszych i zdolniejszych do sztuk, co do rzemiosła wojennego lepszych i resztą wszystko co na ziemi się rodzi, idzie w ślad za ziemią. Tak się ma rzecz z najprzeciwniejszemi płodami przyrody i umysłu, i na tém wywody opierając należy reszty badać a nie zbłądzisz.

Listy ze Szczawnicy.

I.

d. 11 czerwca 1880.

Znajdując w Przeglądzie Lekarskim od czasu do czasu listy z różnych okolic kraju naszego, o ile mi wiadomo, chętnie i z zajęciem przez Kolegów czytane, posyłam słów kilka i z naszego zakładu zdrojowego, nad bystrym Dunajcem u stóp Pienin położonego, który między zdrojowiskami galicyjskiemi, zwłaszcza z powodu uroczego położenia oraz największéj liczby gości zdrojowych w ostatnich latach, niezaprzeczenie pierwsze miejsce zajmuje.

Pora zdrojowa zwykle trwająca od 20 maja do 20 września, tego roku z powodu zimnego i słotnego maja opóźniła się nieco. Wprawdzie i w maju już przybyło do dwudziestu osób (pierwsza d. 18 maja), ale liczniéj dopiero po 1 czerwca goście zdrojowi zjeżdżać się zaczęli. Do dnia wczorajszego było zapisanych w księdze zakładowéj 100 drużyn złożonych z 155 osób, w każdym razie jest to liczba jakiéj do tego dnia jeszcze nigdy nie wykazano; zamówienia na mieszkania licznie nadchodzą, a nadto tego roku po raz pierwszy Mattoni, znany przedsiębiorca wiedeński prowadzący znaczny handel wodami mineralnemi w całéj Austryi, zażądał znaczniejszéj ilości, gdyż dwudziestu kilku pak wody szczawnickiéj.!

Droga obecnie jest znacznie ułatwioną, gdy dawniéj bowiem całą przestrzeń mil szesnastu przeszło, dzielącą Szczawnicę od Krakowa, trzeba było przebywać końmi, obecnie dojeżdża się koleją żelazną do Starego Sącza a ztąd dopiero mil 5½ przebywa się w kilku godzinach końmi, zwłaszcza że i gościniec z tego starożytnego miasteczka poprowadzony brzegiem Dunajca poprawiono, znosząc w dwóch miejscach przejazd przez góry dość wyniosłe i zastępując takowy drogą wygodną dołem po nad rzeką zbudowaną.

Zakład szczawnicki od lat pięćdziesięciu z górą (od r. 1828) istniejący, staraniem dwóch ludzi Stefana i syna jego Józefa Szalayów z niczego prawie stworzonym został i doprowadzonym do stanu, w jakim się przed czterema laty znajdował. Józef Szalay, poświęciwszy się dla zakładu, całe dochody wkładał w tenże, robiąc wszystko, co tylko można było, dla jego podniesienia, a w r. 1876 umierając zapisał go testamentem Akademii Umiejętności w Krakowie, z obowiązkiem wypłacania pozostałym synom corocznie połowy czystego dochodu; zastrzegając zarazem że ci prawa swoje jedynie na rzecz Akademii odstąpić mogą, przekonany że w ten sposób zapewni byt stały zakładowi, który wypielęgnował i ukochał, oraz że przyczyni się do jego rozwoju. Jakoż nie zawiódł się, ale obowiązek wypłacania połowy dochodów był łańcuchem krępującym swobodę działania komitetu administracyjnego do spraw szczawnickich, wyznaczonego przez Akademiję, zmuszonego oglądać się, aby corocznie odpowiedni fundusz dla sukcesorów zaoszczędzić. Obecnie niedogodność ta została usuniętą, z wiosną rb. Akademija za zezwoleniem władz odpowiednich wypłaciwszy kwotę ryczałtową 46.000 złr. w. a. pozbyła się obowiązku tamującego jéj swobodę działania i stała się wyłączną właścicielką zakładu zdrojowego w Szczawnicy; może zatém obecnie robić wszystko co uzna za właściwe i potrzebne dla podniesienia zakładu, w nadziei że ten z czasem przy podniesieniu się dochodów, wynagrodzi sowicie nakłady obecnie robione i dozwoli znaczniejsze kwoty obracać na cele Akademii statutem jéj przepisane.

Widoczny téż postęp jest w robotach częścią już dokonanych, częścią prowadzonych obecnie z powodu późnego rozpoczęcia (po nabyciu już zakładu na wyłączną własność Akademii). Ulepszenia wspomniane tu wymienimy.

Pierwsze starania zwróconemi zostały dla zaopatrzenia pomieszkań zakładowych w wygodne meble, zwłaszcza łóżka żelazne ze sprężynowemi materacami, wygodne fotele z poręczami, kanapy, zwierciadła itd., na których zbywało; już od pierwszego objęcia zarządu Szczawnicy przez Akademiję corocznie znaczna kwota na ten cel się obraca, i z kolei jedne po drugich mieszkania w nowo sprawione meble zaopatruje.

Dwa największe domy zakładowe zwane Zamek i Pałac postanowiono z gruntu wyrestaurować i odnowić. Roboty koło Zamku są już na ukończeniu, Pałac również z końcem bieżącego miesiąca może być zamieszkany. Nakład na te dwa domy wynosi przeszło 5000 złr. w. a.

Nabyto na własność z funduszu Wereszczyńskiego dom o 16 pokojach w górnym zakładzie w pobliżu zdrojów, który przeznaczono dla użytku przyjezdnych.

Dla dogodności gości zdrojowych salę znajdującą się w gmachu restauracyi postanowiono obrócić wyłącznie na zebrania towarzyskie, aby to uczynić możliwém rozpoczęto

budowę obszernéj sali jadalnéj z werandą przy tymże samym budynku.

Aby przyjeżdżającym podczas największego zjazdu w miesiącu lipcu dać możność znalezienia pomieszczenia się w pierwsze dni, oraz wyszukania odpowiedniego mieszkania na czas dłuższy, postanowiono pokoje na piętrze w domu zwanym kawalerskim w tym czasie wynajmować sposobem hotelowym na trzy dni tylko.

Prócz innych restauracyj w domach zakładowych, w kilku miejscach parku więcéj okrytych jak w pobliżu Zamku, restauracyi itd. urządzono wygodne wychodki dla gości spacerujących.

Za domem zwanym Holenderką urządzono studnię z ozdobném pokryciem w rodzaju groty z kamieni ułożonéj, nadto urządzono bassen przy wodotrysku na placu głównym, przyozdobiony figurą z terakoty.

Plac zakładowy przyozdobiono licznemi klombami z krzewów i kwiatów zagranicznych, pochodzących z oranżeryi zakupionéj od Dra Trembeckiego, w zagajnikach z drzew szpilkowych (modrzewi i świerków) porobiono altanki i chodniki z ławeczkami.

Dla utrzymania porządku zaprowadzono straż zdrojową odpowiednio umundurowaną.

Sprawiono 150 krzeseł, które w parku zakładowym mają służyć dla użytku gości.

Na potoku ruskim, zwanym inaczéj Grajcarkiem, postawiono na wejściu w Pieniny w miejsce dotychczasowéj ławy, wygodny most z poręczami. Na Dunajcu staną obecnie dwie łazienki, osobna jedna dla mężczyzn, druga dla kobiet z gabinetami do rozbierania się.

W zakładzie na Miodziusiu w parku kilkaset drzewek wysadzono porobione chodniki i altanki między świerkami, gdzie spoczywając na ławeczkach można oddychać powietrzem balsamicznem. Jeden taki chodnik jest w pobliżu domu zwanego Szwajcarką, drugi przy łazienkach. Łazienki w części odnowiono, zaopatrzono w potrzebne sprzęty i dobudowano nową łazienkę do natrysków z gabinecikami do rozbierania się.

Oto szereg ulepszeń dokonanych.

Dodatkowo muszę sprostować omyłkę, jaka się zakradła do Sprawozdania Dra Trembeckiego o ruchu i postępie zakładu zdrojów leczniczych w Szczawnicy w r. 1879. Na stronnicy 5 napisano: „Dr. Ściborowski udzielał rady 328 chorym, wyzdrowiało 50, znaczne polepszenie było u 102, bez polepszenia 154, u reszty skutek niewiadomy — powinno zaś być: wyzdrowiało 50, z znacznem polepszeniem 102, z polepszeniem 154, bez polepszenia 21, skutek niewiadomy u 3.

Inne wiadomości dotyczące Szczawnicy odkładam do listu następnego. *Dr. W. Ściborowski.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie departamentu V Wydziału Krajowego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25.)

Sprawa klinik krakowskich. Na wezwanie c. k. Ministerstwa oświaty wyznaczyło c. k. Namiestnictwo osobną komisyję w celu ułożenia projektu reformy dotychczasowych urządzeń klinik krakowskich. Zaproszony do udziału w téj Komisyi Wydział krajowy wydelegował członka swojego Dra Hoszarda. Komisyja załatwiła swoją czynność w miesiącu lipcu 1878, poczém nastąpiło porozumienie między Wydziałem krajowym a c. k. Namiestnictwem w przedmiocie umieszczenia klinik uniwersytetu jagiellońskiego w szpitalu św. Łazarza. Mianowicie oświadczył Wydział krajowy w odezwie z 30 sierpnia 1878 r.: 1. Że kliniki ani w części ani w całości nie mogą być umieszczone teraz nie tylko stale, lecz nawet na krótki czas, w pawilonach szpitala św. Łazarza, z powodu, że lokalności tych pawilonów wystarczają zaledwie na zwykłe i niezbędne potrzeby samego szpitala. 2. Że dla dobra nauki Wydział krajowy byłby gotów pod budowę kliniki odstąpić część gruntu szpitalnego, zakupionego przed kilku laty. W przypuszczeniu, że jeden morg gruntu na ten cel wystarczy, przypadłby szpitalowi zwrot z ceny kupna około 5600 złr. w kapitale, czyli około 300 złr. czynszu rocznego. Do bezpłatnego bowiem ustąpienia gruntu Wydział krajowy nie jest umocowanym. 3. W razie wybudowania i urządzenia klinik, oświadczył Wydział krajowy gotowość powierzenia gospodarskiego tych klinik zarządu dyrekcyi szpitala św. Łazarza, w którym to celu osobna umowa musiałaby określić szczegółowo wzajemne prawa i obowiązki. 4. Za umieszczenie kliniki chorób skórnych i syfilitycznych w świeżo na ten cel adaptowanéj części starego gmachu zażądał Wydział krajowy tytułem czynszu rocznego 300 złr. z funduszu edukacyjnego. Przy téj sposobności dotknął Wydział krajowy sprawy kliniki położniczéj, umieszczonéj w domu niegdyś Brodowicza, oświadczając: że umowa zawarta w r. 1868, o któréj Wys. Sejmowi zdaną była sprawa, jak praktyczne doświadczenia przekonały, w życie stanowczo nie może być wprowadzoną. Przeto zaproponował Wydział krajowy, ażeby tymczasowa umowa z r. 1869, zatwierdzona przez c. k. Ministerstwo oświaty dekretem z 12 listopada 1869 do L. 9413, obowiązywała aż do ewentualnego przeniesienia kliniki powyższéj w bezpośrednie pobliże szpitala św. Łazarza, co umożliwiłoby objęcie jéj zarządu przez dyrekcyję tego szpitala. Odezwą z 13 marca 1879 do l. 10.737 zawiadomiło nas c. k. Namiestnictwo, że c. k. Ministerstwo oświaty postanowiło zgodnie z życzeniem Wydziału krajowego utrzymać prowizoryjum kliniki położniczéj nadal dopóty, dopóki nie nastąpi odmienna decyzyja co do ustalenia stosunków tego zakładu. Ponieważ jednak w odpowiedzi swéj pominęło c. k. Namiestnictwo w zupełności inne punkta warunków Wydziału krajowego, mianowicie żądanie czynszu rocznego 300 złr. za umieszczenie kliniki chorób skórnych i syfilitycznych, Wydział krajowy odezwą z 1 kwietnia 1879 wezwał ponownie c. k. Namiestnictwo do poczynienia stósownych kroków gdzie należy, oświadczając: że od żądania czynszu odstąpić nie może, w razie zaś, gdyby go odmówiono, Wydział krajowy będzie zmuszonym lokalności te zająć napowrót na rzecz szpitala, któremu mimo wybudowanych nowych pawilonów brak miejsca uczuwać się daje. Odezwą z 26 października 1879 do l. 29.749 zawiadomiło nas c. k. Namiestnictwo, iż uczyniło Ministerstwu oświecenia wniosek względem nabycia od szpitala św. Łazarza gruntu pod budowę klinik akademickich, że jednak c. k. Ministerstwo oświecenia reskryptem z 6 kwietnia 1879 l. 18.190 żądanie Wydziału krajowego uznało za nieuzasadnione. „Wysokie Ministerstwo podniosło najpierw tę okoliczność, tak opiewa dosłownie odezwa c. k. Namiestnictwa, że jak powszechnie wiadomo, pierwsze założenie i uposażenie szpitala zwanego obecnie szpitalem św. Łazarza, nastąpiło z końcem zeszłego stulecia wyłącznie w celu nauki, zatém jako zakładu klinicznego. Chociaż ten szpital, który otrzymał też pierwotnie nazwę szpitala akademickiego, przybierał z czasem coraz więcéj charakter szpitala powszechnego i chociaż z biegiem czasu wytworzył się śród nadzwyczajnych wypadków, które dotknęły Kraków a w szczególności Uniwersytet krakowski, taki stan rzeczy, że kliniki akademickie wyłączyły się ostatecznie z dawniejszego związku z szpitalem św. Łazarza, to jednak uwagi godném jest, że nie zrzeczono się nigdy formalnie praw wynikających dla uniwersytetu krakowskiego z pierwotnéj erekcyi powyżéj wymienionego zakładu szpitalnego.“ Nadto zawiera powołany reskrypt tę uwagę, że połączenie klinik z szpitalem głównym przyniesie znaczne korzyści także temu ostatniemu, albowiem w skład grona lekarskiego szpitala wejdą poniekąd także profesorowie, zawiadowcy klinik, wybierani z grona najzdolniejszych lekarzy fachowych, i będzie mógł szpital korzystać z mnogich, wymogom nauki zupełnie odpowiednich zbiorów naukowych, które posiadają kliniki w licznych swych gabinetach z instrumentami, preparatami i innemi przyborami naukowemi. Wysokie Ministerstwo oświecenia

oznajmiło więc, że według jego zdania należy uważać jako dobrze uzasadnioném żądanie, ażeby część kosztów połączenia klinik ze szpitalem św. Łazarza pokryły fundusze tego szpitala i że Rząd widzi się w potrzebie upraszać Świetny Wydział krajowy, ażeby zechciał zgodzić się nie tylko na bezpłatne odstąpienie gruntu pod budowę pawilonów dla klinik, ale także na przyczynienie się funduszu szpitalnego, choćby tylko miernym datkiem. do kosztów budowy owych nowych pawilonów. Także względem urządzenia kliniki syfilitycznéj w szpitalu św. Łazarza powołało się Wysokie Ministerstwo oświecenia „na owe przeznaczenie jego dla celów naukowych, spodziewając się, że Świetny Wydział krajowy zgodzi się na to, ażeby ta klinika została także nadal bezpłatnie umieszczoną w szpitalu św. Łazarza, podobnie jak to było dotychczas w szpitalu św. Ducha zgodnie z wolą Świetnego Wydziału krajowego.“ Do tych żądań Ministerstwa dołączyło c. k. Namiestnictwo ze swéj strony uwagi następujące: „Chcąc wyjaśnić ile możności dokładnie kwestyję dawniejszych wzajemnych stosunków klinik ze szpitalem św. Łazarza, czyli niegdyś „szpitalem akademickim.“ zażądało Namiestnictwo od władz uniwersyteckich w Krakowie akt i dokumentów, odnoszących się do erekcyi szpitala akademickiego, o ile takowe znajdują się w przechowaniu w archiwach uniwersyteckich. Z przedłożonych w skutek tego polecenia akt i dokumentów, które Świetnemu Wydziałowi krajowemu w załączeniu do przejrzenia udziela się, wynika, że tylko z powodu szczególnego zbiegu okoliczności, które dziś z trudnością ocenić można, pozbawiony został uniwersytet krakowski tych korzyści, jakie zabezpieczyły mu względem szpitala (niegdyś akademickiego, a obecnie św. Łazarza) i jego funduszów tak pierwotna erekcyja księcia prymasa Poniatowskiego, jakotéż starania i zabiegi profesora Badurskiego i że zatém jeżeli nie zobowiązania prawne, to niewątpliwie względy słuszności mogłyby najzupełniéj usprawiedliwić stósowną konkurencyję funduszów szpitala św. Łazarza do kosztów projektowanéj budowy dwóch nowych pawilonów dla klinik akademickich. Przedstawiając niniejszém Świetnemu Wydziałowi krajowemu powyżéj wyszczególnione żądania Wysokiego Ministerstwa, upraszamy usilnie, ażeby wzięto je przychylnie pod rozwagę, tudzież ażeby Świetny Wydział krajowy zechciał przy tém uwzględnić, że Rząd starając się uczynić zadość mnogim i znacznym teraźniejszym wymogom wydziału lekarskiego w Krakowie, natrafia w téj mierze na wielkie trudności z powodu teraźniejszego położenia finansów państwowych, i że nie uzyskawszy w niniejszéj sprawie poparcia ze strony Świetnego Wydziału krajowego musiałby wstrzymać dalszą pertraktacyję w przedmiocie budowy klinik, pomimo że takowa jest istotnie bardzo potrzebną. Mamy nadzieję, że Świetny Wydział krajowy nie uchyli się od o ile możności wydatnego spółudziału w sprawie, która z bliska dotyczy żywotnych kwestyj uniwersytetu krakowskiego, a pośrednio dobra całego kraju i zechce przychylić się tém chętniéj do niniejszego przedstawienia, o ile ofiara funduszu szpitalnego na rzecz budowy klinik odpowie intencyi dawnych fundatorów szpitala św. Łazarza, a odnowienie poniekąd dawnéj łączności klinik ze szpitalem zapewni temu zakładowi owe powyżéj wskazane korzyści.“

Wydział krajowy rozpatrzywszy szczegółowo raz jeszcze tak udzielone sobie przez c. k. Namiestnictwo, jak znajdujące się w własném archiwum akta i dokumenta, ujrzał się zmuszonym w obszernéj odezwie z 12 grudnia 1879 l. 44.031 sprostować mylne zapatrywania c. k. Władz rządowych i udowodnić, że właśnie stanowisko przez Wydział krajowy w sprawie klinik akademickich zajęte odpowiada ściśle tak orzeczeniom aktów fundacyjnych, jak intencyjom fundatorów, wreszcie tak interesom kraju, jak potrzebom i wymaganiom nauki. (Tu następuje bardzo obszerny wywód historyczny, który, jakkolwiek bardzo ciekawy i ważny, bo opierający się na aktach urzędowych, dla braku miejsca pomijamy).

Wywód ten oparty wyłącznie na dokumentach usprawiedliwia stanowisko zajęte przez Wydział krajowy w obec klinik krakowskich, dowodząc, że ani zobowiązania prawne, ani względy słuszności nie mogłyby usprawiedliwić konkurencyi funduszów szpitalnych do kosztów utrzymania lub projektowanéj budowy nowych pawilonów dla klinik akademickich. Przypominamy raz jeszcze, że wszystkie fundusze, stanowiące majątek szpitala św. Łazarza, mają w aktach fundacyjnych całkiem wyraźnie wskazany cel i przeznaczenie, mianowicie, że są legowane albo w ogóle na szpital św. Łazarza, albo szczegółowo na rzecz ubogich chorych w tymże szpitalu, że przeto wykluczoną jest stanowczo możność użycia ich na cel inny, mianowicie na cel naukowy, jakiemu służą kliniki. Wydział krajowy nie zapoznaje ani naglących potrzeb Wydziału lekarskiego w Krakowie, ani konieczności należytego urządzenia klinik, ani wreszcie łączącego się ściśle z jedném i drugiém żywotnego interesu kraju i nauki. Wydział krajowy powita z radością i serdeczném uznaniem wszelkie usiłowania ku temu zmierzające celowi. Wydział krajowy jest jednak przekonany, że użycie choćby jednego grosza funduszów szpitalnych na rzecz klinik byłoby nie tylko postępkiem nieprawnym, nie tylko sprzeciwiałoby się względom słuszności, lecz byłoby nadwerężeniem zasad, których utrzymanie jest najżywotniejszym interesem kraju i społeczeństwa. Właśnie interesu kraju i nauki broniąc, musi Wydział krajowy nie tylko odmówić stanowczo żądanéj konkurencyi funduszu szpitalnego, lecz zarazem zwrócić uwagę, że do zadośćuczynienia potrzebom klinik i w ogólności nauki, tak ze względów słuszności, jak skutkiem zobowiązań prawnych, powołane są całkiem inne fundusze. Obowiązek utrzymywania klinik jako zakładów naukowych włożyło prawodawstwo na fundusz edukacyjny, w monarchii austryjackiéj ponosi przeto te wydatki skarb państwa, zasilany przez kraje koronne. Żądanie, aby skarb państwa w tym obowiązku zastępowały czy to fundusze krajowe, czy fundusze osobnych instytucyj, jest i nieuzasadnione i nieprawne. Wydział krajowy nie zapoznaje, że teraźniejsze położenie finansów państwowych jest dość trudne, jednak przyznać nie może, ażeby te trudności zwalniały skarb państwa od obowiązku zadośćuczynienia potrzebom uniwersytetu krakowskiego, względem którego ma tak skarb państwa jak c. k. rząd austryjacki nie tylko zwyczajne, lecz także nadzwyczajne prawne zobowiązania. Uniwersytet krakowski w ciągu kilku wieków istnienia uzyskał skutkiem niezwykłéj hojności dawnych królów polskich i obywateli kraju znaczny majątek własny. Likwidacyja sporządzona na podstawie zasad, według których artykuł XV traktatu dodatkowego z r. 1815 zatwierdził Uniwersytet w posiadaniu majątku, obliczyła go na ogólną sumę zł. pol. 14,763.529 gr. $12\frac{9}{18}$ oprócz budowli i realności przez uniwersytet używanych, i oprócz tych funduszów, których wartość dla braku wiadomości o dochodach wykazaną być nie mogła. Jeżeli w czasie, kiedy uniwersytet krakowski przeszedł pod władzę i opiekę c. k. rządu austryjackiego, nie łatwą było rzeczą majątek ten w całości rewindykować, to ubezpieczenie znacznéj jego części było nie tylko rzeczą możliwą, ale było prawnym c. k. rządu austryjackiego obowiązkiem, tém bardziéj, że z wyszczególnionéj kwoty ogólnéj znajdowało się:

a)	w b. Rzeczposp. krakowskiéj . .	2,165,219 złp. 13 gr.
b)	w Królestwie Galicyi i Lodomeryi zostającém pod rządem austryjackim od pierwszego rozbioru Polski . .	5,253,224 złp. 15 gr.
c)	w austryjackich państwach weneckich	194,876 złp. 26 gr.
	razem . .	7,613,320 złp. 24 gr.

Otóż nie tylko interes kraju, ale po dwakroć uzasadnione prawo jego domaga się słusznie, ażeby c. k. rząd i skarb austryjacki czynił dokładniéj zadość swoim zobowiązaniom względem Uniwersytetu krakowskiego. Tymczasem dzieje się inaczéj. Budżet państwowy na rok 1879 dla 5 uniwersytetów posiadających wydziały medyczne wykazuje następujące dotacyje:

	Na cały Uniwersytet.	Na wydział medyczny	Na kliniki bez płac profesorów
Wiedeń	1,004.162	293.383	128.059
Praga	625.354	190.607	73.250.50
Kraków	213.679	70.589	24.185
Grac	263.005	86.962	11.150
Insbruk	197.973	66.992	16.066

Jeżeli porównamy jeszcze liczbę uczniów Wydziału medycznego, która według sprawozdania c. k. Ministerstwa oświecenia za r. 1876 wynosiła:

w Wiedniu	974
w Pradze	287
w Krakowie	150
w Gracu	139
w Insbruku	58

to przyznać trzeba, że Uniwersytet krakowski przy rozdziale dotacyi ze skarbu państwa jest rzeczywiście upośledzonym. Wszystkie względy, zarówno interes kraju i nauki, słuszność i sprawiedliwość, wreszcie stanowcze zobowiązania prawne domagają się usilnie, ażeby potrzeby Uniwersytetu krakowskiego dostatniéj były zaopatrzone, a to nie z funduszów szpitalnych, które na mocy aktów fundacyjnych przeznaczone są na wsparcie największéj jaką wymyśleć można nędzy, bo na wsparcie ubogich i chorych zarazem, ale z funduszów obowiązanego ku temu skarbu państwowego.

Nareszcie zwrócił Wydział krajowy uwagę c. k. Namiestnictwa, że uchwała wysokiego Sejmu z 17 października 1871 r. przeznaczająca na budowę szpitala w Krakowie kapitały stanowiące własność szpitala św. Łazarza, jest warunkową, mianowicie w têm, iż przypuszcza potrzebę refundowania tych kapitałów fundacyjom, skoroby się okazało, iż takowe nawet na budowę własnego szpitala nie mogą być użyte. W tym celu otrzymał Wydział krajowy polecenie zbadania charakteru poszczególnych fundacyj, i przedstawienia odpowiednich wniosków. Czyż podobna przypuścić, żeby Wysoki Sejm zezwolił na użycie tych kapitałów na takie cele, jak np. na budowę klinik akademickich! Co do znacznych korzyści, jakie zdaniem Świetnego c. k. Namiestnictwa połączenie klinik ze szpitalem przynieśćby temu ostatniemu mogło, przez to mianowicie, iż do grona lekarzy szpitalnych weszliby profesorowie zawiadowcy klinik, wybierani z grona najzdolniejszych lekarzy fachowych — temu nie przecząc bynajmniéj, zwraca Wydział krajowy uwagę na inną jeszcze okoliczność. Jak zawiadowcy klinik, tak samo i prymaryjusze szpitala krajowego wybierani są z pomiędzy najzdolniejszych lekarzy fachowych. Oprócz tego ze względu na dobro szpitala, a szczególniéj na naukę, Wydział krajowy powitałby z radością pomyślny rezultat starań prymaryjuszów szpitalnych o uzyskanie docentur uniwersyteckich i nie zaniedbałby niczego, aby takim docentom umożliwić w szpitalu jak najobszerniejszy naukowy zakres działania. Na têm zyskałaby niezawodnie więcéj nauka i ucząca się młodzież, niżeli na połączeniu całéj naukowéj działalności profesora i prymaryjusza w rękach jednych i tych samych. Że Wydział krajowy względy naukowe ma zawsze na bacznéj uwadze, świadczy cały szereg faktów. Przypomnimy tylko zezwolenie na otwarcie kliniki chorób skórnych i syfilitycznych, kliniki chorób dziecięcych, pozwolenia dawane docentom chorób piersiowych, elektroterapii i laryngoskopii na wykłady demonstracyjne; jeżeli jednak każden krok podobnéj względności ze strony Wydziału krajowego w tym celu był wyzyskiwany, aby obowiązki na skarbie państwa ciążące spychać na fundusz szpitalny lub krajowy, co mianowicie zaszło przy klinice chorób dziecięcych i o czém świadczy odezwa tutejsza z dnia 2 maja rb. do l. 14046, Wydział krajowy uważa za swój obowiązek bronić têm usilniéj praw szpitala i jego funduszów, a têm samém zasad słuszności i sprawiedliwości. Z tych powodów Wydział krajowy ma honor oświadczyć, że Wysokiemu Sejmowi żadnéj konkurencyi funduszów szpitalnych do budowy klinik akademickich doradzać nie będzie i że od żądania czynszu za salę wykładową dla kliniki syfilitycznéj odstąpić nie może.

Statystyka epidemij. Ospa w tygodniu 23 nie zmieniła się w Londynie. Umarło 8, leczyło się w szpitalach 246, świeżo zapadło 39. W Wiedniu umarło 9, w Aleksandryi 7, w Paryżu 54, w Budapeszcie 6, w Pradze i Bukareszcie po 16. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 37, w Petersburgu 47, w Aleksandryi 15; z duru osutkowego umarło w Petersburgu 39, z duru powrotnego 48. W Paryżu umiera mniéj z dławca, w Stokholmie z płonicy. W Berlinie częściéj się pojawia odra i płonica. W tygodniu 24 umarło w Krakowie: 4 z ospy, 1 z odry, 2 z dławca, 1 z czerwonki a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry (z ul. Widok l. 102); 6 duru osutkowego (z ul. Józefa l. 272, Krakowskiéj l. 83, Grodzkiéj l. 73, Zwierzynieckiéj l. 91, z Grzegórzek i Podgórza); 2 duru brzusznego (z ul. Straszewskiego l. 5, z ul. Długiéj l. 41); 1 róży (z ul. św. Tomasza l. 372).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 22 umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 35,9; we Lwowie 40,0; w Warszawie 27,3; w Poznaniu 37,2; w Wiedniu 28,3; w Budapeszcie 40,4; w Pradze 43,1; w Tryjeście 33,0; w Berlinie 33,0; w Wrocławiu 29,0; w Dreźnie 24,3, w Lipsku 21,1; w Bazylei 27,6; w Brukseli 21,2; w Paryżu 26,6; w Londynie 18,6; w Kopenhadze 24,1; w Stokholmie 23,6; w Chrystyjanii 20,5; w Petersburgu 53,8; w Odesie 33,6; w Wenecyi 22,3; w Bukareszcie 26,5; w Barcelonie 24,9; w Aleksandryi 38,3; w Nowym Jorku 28,3; w Bombayu 20,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 czerwca. W numerze niniejszym, jako ostatnim 1go półrocza, zakończyliśmy wszystkie artykuły rozpoczęte. Jeżeli, jak się spodziewamy, na Walném zebraniu Tow. lekarzy galicyjskich, odbyć się mającém w poniedziałek d. 28 bm., zapadnie uchwała, uznająca Przegląd Lek. za organ i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, członkowie tegoż otrzymają numer następny z artykułami nowemi, tak jak zwykliśmy to czynić tylko z początkiem Nowego roku.

* Od korespondenta naszego warszawskiego otrzymujemy, w dodatku do listu umieszczonego w numerze przeszłym, wiadomość, że ostatnia z 4 pacyjentek, którym prof. Kosiński wykonał owaryjotomiję, umarła.

* Z powodu hałaśliwych demonstracyj studentów przeciw dwom nowomianowanym profesorom botaniki i zoologii w Montpellier rektor uniwersytetu zamknął tameczny wydział lekarski. Minister oświaty zgodził się na ten krok z têm atoli obostrzeniem, że aż do dalszéj jego decyzyi żadnemu ze studentów zamkniętego wydziału nie wolno zapisać się na inny wydział lub do innéj szkoły w obrębie rzeczypospolitéj ani poddać się egzaminom.

* W Cieplicach czeskich do d. 19 bm. bawiło gości kąpielowych 3623.

+ **Karlsbad** 19 czerwca. Do dziś dnia było osób 11,490, o 1394 więcéj niż do tegoż dnia r. z. Dzień 14 czerwca w upłynionym tygodniu był pochmurny z łagodnym ciepłym deszczem, reszta dni suche i piękne z ciepłotą między 12° R., i 21° R. wahającą się (w cieniu).

* **Nekrologija**. Dnia 23 maja rb. po ciężkiéj chorobie zgasł w Wilnie śp. Dr. Ludwik Lachowicz, znany jako biegły i szczęśliwy lekarz operator. Urodzony w r. 1811 z ojca Ludwika pułkow. b. W. P. i matki Anny z Szuszkiewiczów, po ukończeniu gimnazyjum w Wilnie wstąpił w r. 1830 do uniwersytetu wileńskiego na wydział lekarski po przekształceniu tegoż wydziału na Akademiję med. chir. Po ukończeniu studyjów lekarskich w r. 1835 wstąpił jako lekarz wojskowy do regimentu Siewskiego; w r. 1837 otrzymał stopień medyko-chirurga i zaliczonym został do wojskowego szpitala wileńskiego jako konsultant oddziału chirurgicznego; po wystąpieniu z tego szpitala zajmował posadę starszego lekarza wileńskiéj izby dóbr państwa; w lat kilka został starszym lekarzem szpitala starozakonnych w Wilnie, wreszcie naczelnym lekarzem szpitala Sawicz i współcześnie operatorem w wileńskim guberniјalnym zarządzie lekarskim; następnie pomocnikiem inspektora lekarskiego gubernii wileńskiéj, a nakoniec członkiem rady lekarskiéj przy Ministeryjum spraw wewnętrznych. W czasie swych studyjów akademickich był ulubionym i gorliwym uczniem prof. anatomii Bielkiewicza i jego adjunkta L. Siewruka, przy których z zamiłowaniem pracując polubił chirurgiję, a niestrudzoną pracą i wytrwałością doszedł do wielkiéj biegłości jako operator, co mu zjednało ogólną wziętość i szacunek. Wyjeżdżając w r. z. na obchód jubileuszowy J. I. Kraszewskiego sporządził testament, w którym kilkodziesięcio-tysięczną swą fortunę, po dożywociu swéj żony, przekazał wileńskiemu towarzystwu dobroczynności, które obowiązane zostaje corocznie wypłacać po tysiąc rubli wileńskiemu towarzystwu lekarskiemu, mającemu ze swéj strony wyznaczać stałe stypendyja najlepszym studentom medycyny z rodziny Lachowiczów, a w braku takowych kandydatów innym z krajowców. Prócz tego głównego legatu porozpisywał drobniejsze kwoty na szpitale wileńskie, dla kilku sierót, sług itp. (*Medycyna*).

D. 18 kwietnia rb. umarł w Utrechcie w Holandyi sławny chemik fizyjologiczny prof. Mulder w 78 roku życia — W Bononii umarł profesor chirurgii Franciszek Rizzoli.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 25: Jędrzejewicza: Zapalenie osłon mózgowo-rdzeniowych epidem. w Płońsku; Dymnickiego: Sprawozdanie z Buska (c.jd.). —W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 25: Przybylskiego: Wągr podłącznicowy *(cysticercus cell. subconj.)*; Talki: Stan armii warszawskiego woj. okręgu pod względem chorób ocznych w r. 1879.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. A. JURASZ (w Heidelbergu): Uiber den phonischen Stimmritzekrampf *(Spasmus glottidis phonatorius)*, (Odbicie z *D. Arch. f. klin. Medicin)*, in 8vo str. 13.

Piśmiennictwo lekarskie. KRAHMER, L. Handbuch d. Staats-Arzneikunde. 3. Thl. gr. 8. Halle, Niemeyer. M. 20.

LANDOIS L., Lehrbuch d. Physiologie d. Menschen. M. 188, Holzschn. 2 Hälfte, gr. 8 Wien. Urban et Schw. M. 11.

MEYER E, Traité pratique des maladies des yeux. 2 édition, 8. Paris, Masson. Fr. 12.

MOSSÉ A., Étude sur l'ictère grave. 8 Paris, Ballière et fils. Fr. 4.

PETEL Des polypes d l. trachée. 8 Paris Delahaye Fr. 2.

PINCUS J., Die Krankheiten d. menschl. Haares. 2. Aufl. gr. 8. Berlin, Münchoff. M. 1 50.

POUILLET. Etude médico-philosophique s. l. formes etc. de l'onanisme chez la femme 3. éd. 18. Paris. Delahaye Fr. 3½.

RITTMANN A., Die Chronik d. Pest im J. 1879. gr. 8. Brünn, Winkler. M. 1 60.

ROBERTS F. T., A. Handbook of the Theory and Practice of Medicine, 4th ed 2 vols. 8. London, Levis. sh. 22.

RÜDINGER, Topographisch-chirurgische Anatomie d. Menschen Suppl. M. 5 Fig. Lex-8. Stuttgart. Cotta M. 4. 50.

RUFUS, D'Ephèse. Oeuvres Publication commencée par le Dr. Ch. Daremberg, continuée et terminée par Ch. Emile Ruelle. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 12.

SCHNITZLER J., Die Lungensyphilis u. ihr Verhaltniss z. Lungenschwindsucht. M. 8. Holzschn. gr. 8. Wien, Urban et Schw. M. 1. 60.

SIGMUND RITTER v. ILANOR, C, Vorlesungen üb. neuere Behandlungsweisen d. Syphilis. 2 Aufl. gr. 8. Wien, Urban et Schw. M. 3. —

VAJDA L v. u. H, PASCHKIS, Ueber d Einfluss d. Quecksilbers auf d. Syphilisprocess. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 6 —

VIDAL E., Du lupus. 8 Paris. Delahaye. Fr. 2.

WALDENBURG, L., Die Messung des Pulses u. des Blutdrucks am Menschen. M. Holzschn. gr. 8. Berlin. Hirschwald. M. 6. —

WECKER, L. de, et E. LANDOLT, Traité complet d'ophthalmologie T. I. gr 8, Paris, Delahaye Fr. 13.

WINCKEL, F., Die Pathologie d. weiblichen Sexual-Organe in Lichtdruck-Abbildgn. n. d. Natur. 7 Lfg. gr 4. Leipzig Hirzel. M. 4.

— Berichte u. Studien aus d. k. s. Entbindungs- u. gynäkol. Institute in Dresden üb. d. J. 1876 — 78. 3. Bd. M. 10. Tfln. gr. 8. Leipzig. Hirzel M. 4. —

ALBERT E. Lehrbuch der Chirurgie u. Operationslehre. M. zahlr. Holzschn. 30—33 Hft. gr. 8. Wien. Urban et Schw. à M. 1.60.

BAZY P. Du diagnostic des lésions des reins dans les affections des voies urinaires. Avec tabl. 8. Paris, Doin. Fr. 4.

BILLROTH Th. Die allgem. chirurgische Pathologie u. Therapie in funfzig Vorlesungen 9 Aufl, bearb, v. A. v. Winiwarter. gr. 8. Berlin. G. Reimer. M. 13

BOECKEL J. Nouvelles considérations sur l'ostéotomie dans les incurvations rachitiques des membres. 8. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 3.

BOUFFÉ F Recherches cliniques sur la diphthérie 8 Paris. O. Berthier Fr. 3½.

DELFAU G. Manuel compl. des maladies des voies urinaires et des organes génitaux 2 fasc. prix compl. Fr. 11.

DESPLATS H. Applications de de l'électricité au diagnostic et au traitement des maladies 8. Paris J. B. Baillière et Fils Fr. 2½.

DETTWEILER P. Die Behandlung der Lungenschwindsucht in geschlossenen Heilanstalten. gr. 8. Berlin. G. Reimer. M. 2.

DICTIONNAIRE. Nouveau de médecine et de chirurgie pratiques. Directeur de la publication: le Dr. Jaccoud. Tome XXVIII gr. 8. Paris Baillière et fils. Fr. 10.

DOWSE T. S. Syphilis of the Brain and Spinal Cord. New York. sh. 15.

GEORGEON G. Rapports pathologiques de l'oeil et des organes génitaux 8. Paris. Doin. Fr. 2.

GUYON M. F. et M. P. BAZY. Atlas des maladies des voies urinaires Livr. 1 av. 10 pl. 4 Paris Doin. Fr. 12½.

HANOT V. Du Traitement d. l. pneumonie aiguë. Av. fig. 8. Fr. 8.

HARTMANN A. Taubstummheit u. Taubstummenbildung. M. 19 Tab. gr. 8. Stuttgart, Enke. M 5

HAESER H. Lehrbuch der Geschichte der Medicin und d. epidem. Krankheiten. 3 Aufl. 2 Bd. 6 Lfg. gr. 8. Jena, Fischer. M. 2.

— Dasselbe 3 Bd. 1—6 Lfg. gr. 8 Ebd. à M. 3.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. M. w Mikołowie: Piękną i bardzo pouczającą rozprawę „o kołtunie“ napisał Dr. Dobrzycki; wyszła ona w Warszawie 1877 r. nakładem redakcyi „*Medycyny;*“ możesz kolega zażądać jéj od redakcyi tego tygodnika (Warszawa, ul. Nowogrodzka Nr. 20). — Furunkuł nazywamy po polsku: „Czyrak.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 3 lipca 1880. № 27. Rok XIX.

TREŚĆ: I. DOMAŃSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. — II. WICHERKIEWICZ. Przyczynek do kazuistyki obustronnéj bezoczności połączonéj z torbielami powiek. — III. *Oceny i sprawozdania*: O postępach leczenia wodą zimną i powietrzem. BERTILLON. MELDON. BRODOWSKI. SNOW. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Posiedzenia towarzystw:* Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. — V. *Odcinek:* SKÓRKOWSKI. List otwarty do Redakcyi Przeglądu Lekarskiego. — BOGDANIK. Listy z Londynu. I. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

Do szanownych Członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Wskutek ugody zawartéj między Towarzystwem naszém a Towarzystwem lekarzy galicyjskich Przegląd Lekarski staje się z dniem dzisiejszym także organem Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Towarzystwo nasze w ciągu ostatnich lat nie szczędziło ofiar i dokładało wszelkich starań, aby Przegląd Lekarski odpowiadał wszelkim wymogom kolegów i bez przechwałek twierdzić możemy, że usiłowania nasze nie były płonnemi: mimo to jednak z prawdziwą radością witamy połączenie się z nami Towarzystwa lekarzy galicyjskich, w przekonaniu, że połączonemi siłami zdziałamy nierównie więcéj, aniżeli oddzielnie. Połączenie to, tak zbawienne dla piśmiennictwa naszego lekarskiego, zawdzięczamy głównie protomedykowi Biesiadeckiemu, który jako prezes Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a członek honorowy i b. prezes Towarzystwa naszego, był osobistością najodpowiedniejszą do pośredniczenia pomiędzy obydwoma tak bliskiemi sobie Towarzystwami, a dążąc świadomie i konsekwentnie do celu umiał wytrwale i zręcznie usuwać wszystkie przeszkody, które zdawały się czynić niemożebném dzieło zespolenia. Wynurzając Jemu podziękowanie nasze serdeczne — a mniemamy, że jesteśmy w téj mierze rzecznikami wszystkich kolegów, — podnieść musimy z równém uznaniem zasługi kol. prof. Domańskiego, który dbały o dobro naszego Towarzystwa i Przeglądu Lekarskiego nie szczędził ni czasu ni trudu, aby umożebnić porozumienie. A teraz, gdy koło czytelników Przeglądu Lekarskiego tak znacznie się rozszerzyło, tuszymy sobie, że zwiększy się i grono współpracowników, i że połączonemi siłami dowiedziemy, że i nas stać na czasopismo, któreby godne miejsce zająć mogło śród pierwszorzędnych zagranicznych. — Z nie mniejszą radością witamy fakt zespolenia z powodu korzyści materyjalnych, wynikać mających dla członków naszego Towarzystwa z udziału w funduszu żelaznym i zapomóg Towarzystwa lekarzy galicyjskich, albowiem w obec twardych zapasów o chleb powszedni, na które niestety skazaną jest większość kolegów naszych, pocieszającém dla każdego musi być przeświadczenie, że w razie nieszczęścia, słabości lub śmierci, rodzina nie będzie pozbawioną wdowiego grosza na opędzenie pierwszych potrzeb codziennych. Przypadki prawdziwie opłakania godnego położenia, w którém pozostały wdowy i sieroty po lekarzach, a które w ostatnich czasach niestety się mnożą, powinny być dla nas bodźcem, abyśmy i pod tym względem siłami połączonemi dążyli do wspólnego celu.

Kraków dnia 29 czerwca 1880 roku.

Sekretarz stały
Dr. Al. Zarewicz.

Prezes Tow. lek. krak.
Dr. J. Warschauer.

I. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

I.

1. Kiłę, jak wiadomo, koło roku 1494 uznano za osobną chorobę a zdaje się, że już w roku 1497 w dziele Mikołaja Leonicena pewna wzmianka o bólach gwałtownych odnosi się do kiły. W pracach następnie na świat wyszłych Jana Vigo, Ulryka Huttena, Fracastora, Fernela znajdujemy jedynie luźne podania, z których wnosić można, że już w 16tym wieku domyślano się wpływu kiły na układ nerwowy. Dopiero atoli z początku 17go wieku Balloniusz opisał zmianę chorobową, którą według obecnego stanu nauki uważać trzeba za kilak mózgu, i odniósł ją do właściwéj przyczyny. W latach następnych, lubo coraz gorliwiéj zajmowano się kiłą, mało znajdujemy wzmianek odnoszących się do kiły układu nerwowego, tém bardziéj, że powagi takie jak Hunter i Asthley Cooper oświadczyli stanowczo, że nigdy zmian kiłowych w układzie nerwowym a mianowicie w mózgu nie widzieli, i ztąd wnieśli, że mózg kile ulegać nie może. Atoli z postępem patologii i anatomii patologicznéj mnożyło się coraz więcéj postrzeżeń, które dowodziły niewątpliwie, że kiła może nagabywać układ nerwowy. Tak na początku tego wieku opisał Frank dwa przypadki epilepsyi syfilitycznéj a starszy Lagneau podaje wyraźnie, że kiła może być przyczyną wielu zboczeń czynnościowych w układzie nerwowym a nawet chorób umysłowych. W latach późniejszych wzmaga się coraz bardziéj piśmiennictwo w kwestyi, o któréj mowa, a główne zasługi na tém polu należą się Ricordowi, Cullerierowi, Zambace, Leonowi Grosowi, Lanceraux, Lagneau młodszemu, Fournierowi we Francyi, Wagnerowi, Virchowowi, Erlenmeyerowi, Heubnerowi w Niemczech, prócz nader licznych i cennych prac wyszłych w Anglii i innych krajach.

II.

2. Z samego to oczywiście pojęcia kiły wypada, że kiła układu nerwowego wystąpić może tylko w ustroju kiłą ogólną dotkniętym czyli innemi słowy, że cierpienie układu nerwowego kiłowe jest objawem i skutkiem zakażenia organizmu jadem kiłowym.

Przy zastanowieniu się bliższém nad stósunkiem układu nerwowego do kiły zasługują na uwagę następujące okoliczności.

1) Kiła układu nerwowego jest najczęściéj późnym objawem kiły. Zdaniem Fourniera najwięcéj występuje między 3cim a 18tym rokiem zakażenia a to w tym stósunku rozdzielając się na lata: $^2/_3$ między 3cim a 10tym, $^1/_3$ między 10tym a 18tym rokiem. Spostrzeżenia te odnoszą się tylko do kiły mózgowéj; co do rdzenia pacierzowego i nerwów na obwodzie nie mamy w téj chwili dokładniejszych dat statystycznych. Z datami Fourniera zgadzają się postrzeżenia innych autorów: tak np. podaje Heubner, że w 24 przypadkach zmiany kiłowéj tętnic mózgowych upłynęło od zarażenia się w jednym 9 miesięcy, w jednym 2 lata, w 15tu od 3 do 20 lat.

W ogólności zatém kiła układu nerwowego jest rzeczywiście najczęściéj późnym objawem kiły, od czego atoli nierzadkie są wyjątki. Jest nawet bardzo podobném do prawdy, że różne mianowicie pod względem anatomicznym formy cierpienia układu nerwowego pojawiają się w różnych okresach choroby; pod tym atoli względem niedostateczne jeszcze mamy skazówki, tém więcéj, że badanie anatomiczne we wczesnych okresach choroby nader rzadko jest możebne.

2) Ponieważ kiłowe zboczenia w układzie nerwowym występują najczęściéj dopiero późno a, jak o tém w dalszym ciągu niniejszego powiemy obszerniéj, nieraz są ciężkie i albo same przez się albo przez swe następstwa zakończają życie, spodziewaćby należało, że je zazwyczaj poprzedzają liczne zmiany właściwe w innych organach, i że zboczenia nerwowe ukazują się głównie w tych ciężkich przypadkach, w których kiła od samego początku występuje groźnie i złośliwie. Otóż pod tym względem na szczególniejszą uwagę zasługiwalaby okoliczność, jeżeli się ostatecznie sprawdzi na wielkich datach statystycznych, że kiła w układzie nerwowym występuje przeważnie tam, gdzie pierwotne lub w ogóle wcześniejsze przypady i objawy zakażenia były nieznaczne lub przynajmniéj lekkie. Zdanie to wypowiedziane wyraźnie przez Broadbenta popiera Fournier datami odnoszącemi się do 47 przypadków kiły mózgowéj: jakoż w dwóch występowały poprzednio objawy bardzo ciężkie, w jednym dosyć ciężkie, w 30tu zwyczajne czyli średnie tak co do ilości jak i co do stopnia, w 14 nakoniec bardzo lekkie czyli tak nieznaczne, że łatwo mogły ujść uwadze, a nawet że je można było bez leczenia zostawić własnemu, pomyślnemu przebiegowi. Z tą statystyką zgadzają się także najzupełniéj moje postrzeżenia tak w praktyce prywatnéj jak i na materyjale szpitalnym dla mnie dostępnym. Że ta okoliczność miałaby nader wielkie znaczenie pod względem klinicznym, nikt nie zaprzeczy; zwrócimy też na nią i jeszcze później uwagę. Mimo atoli téj wymowności cyfer oświadcza Fournier i to słusznie, że przecież na podstawie obecnych dat statystycznych nie można twierdzić, że przypadki z lekkiemi objawami wczesnemi usposobione są szczególniéj do kiły układu nerwowego, ale raczéj 1) że tak kiła ciężka jak i lekka może prowadzić do zmian właściwych w układzie nerwowym, 2) że dobrotliwość i lekkość przypadów wcześniejszych nie zabezpiecza wcale od ciężkich przypadów w układzie nerwowym i 3) nakoniec, że zdaje się, że przypadki we wcześniejszych okresach lekkie łatwiéj niż przeciwne łączą się ze zmianami właściwemi w układzie nerwowym. Jeżeli ta okoliczność potwierdzi się ostatecznie, trzeba będzie dochodzić jéj przyczyny; dziś byłoby zawcześnie tworzyć przypuszczenia, które może wkrótce przyszłoby porzucić.

3. Przyczyny uspasabiające, jak się zdaje, mają pewne znaczenie dla kiły układu nerwowego. Pod tym względem następujące czynniki zasługują na uwagę:

a) Najczęściéj nie można wykryć żadnéj przyczyny, dla któréj w danym przypadku nagabnęła kiła układ nerwowy.

b) W innych razach, które stanowią mniejszość, znajdujemy warunki, które na podstawie dat statystycznych trzeba wprowadzić w bliższy związek z cierpieniem kiłowém układu nerwowego a temi warunkami są: usposobienie newropatyczne w najogólniejszém tego wyrazu znaczeniu, szkodliwe dla układu nerwowego wpływy patologiczne lub fizyjologiczne, urazy.

Usposobieniem newropatyczném zowiemy, jak zkądinąd

wiadomo, pewną, że tak powiemy, słabowitość układu nerwowego, anatomicznie dotąd niezbadaną, którą indywidua dotknięte objawiają skłonność do rozmaitych cierpień przerzeczonego układu. Zazwyczaj usposobienie to jest dziedziczne przenosząc się z ojców na synów a z matek na córki, rzedziéj z ojców na córki lub z matek na synów. Objawia się ono nie tylko niezwykłą wrażliwością ale także chorobliwością układu nerwowego w ten sposób, iż w pokoleniach po sobie następujących ukazują się rozmaite choroby nerwowe. Tak np. oddawna wiemy, że z matek histeryczek rodzą się córki, u których wcześniéj lub późniéj występuje histeryja lub inne nerwice, z ojców cierpiących na choroby dziedziczne lub nabyte układu nerwowego synowie zapadają na epilepsyję, ból glowy połowiczy, cierpienia umysłowe. Ponieważ dzieci z takich rodziców spłodzone zwykle nie rodzą się z temi chorobami, lecz im tylko wcześniéj lub późniéj dopiero w życiu podlegają, zdaje się, że to usposobienie newropatyczne pochodzi, jak się Anstie domyśla, z niezupełnego wykształcenia układu nerwowego, z pewnego, że się tak wyrazimy, pozostania jego w jakimś okresie życia płodowego, przez co taki układ nerwowy znajduje się jakoby w chwiejnéj równowadze i przy nieznacznéj nawet sposobności podlega rozmaitym chorobom stanowiąc prawdziwy *locus minoris resistentiae.*

Otóż wiadomo to oddawna z codziennego doświadczenia, że kiła nagabuje przedewszystkiem miejsca zmniejszonéj odporności w ustroju, na co przed laty Paracelsus a w nowszych czasach Virchow zwrócili uwagę. Wiadomo np. jaki mają wpływ utrzymanie czystości, fizyjologiczne fałdy na skórę, palenie tytoniu na jamę ustną pod względem rozwijania się na nich zmian syfilitycznych. Zdaje się, że coś podobnego dzieje się także w układzie nerwowym; jeżeli w nim z jakiegokolwiek powodu odziedziczonego lub nabytego znajduje się miejsce *minoris resistentiae,* wtedy kiła jakby z upodobania wywołuje w nim zmianę swoistą.

W usposobieniu newropatycznêm, jak już samo miano wskazuje, układ nerwowy jest przeto pod względen kiły *locus minoris resistentiae.* Nic więc według ogólnego prawa nie ma w têm nadzwyczajnego, że u ludzi z usposobieniem przerzeczonêm kiła łatwiéj i częściéj niż u innych nagabuje układ nerwowy, na co Griesinger głównie zwrócił uwagę.

Co do innych wpływów, to z fizyjologicznych wymienić należy rozmaite wpływy psychiczne, jak np. zbyteczną pracę umysłową lub fizyczne jak nadużycie napojów wyskokowych i popędu płciowego. Lanceraux już dawniéj zauważył, że kiła mózgowa nagabuje przed innymi ludzi wykształconych, umysłowo pracujących. Potwierdza to Heubner. Na podstawie moich spostrzeżeń zgodziłbym się na to zupełnie. Pomijam już całkiem tę okoliczność, że w oddziale chorób wenerycznych krakowskiego szpitala ogólnego, jak mi to sam kol. Dr. Zarewicz podaje, od lat 8miu obserwowano tylko 4 przypadki kiły układu nerwowego, bo przyczyną tego mogłaby być okoliczność już poprzednio w niniejszém wspomniona, że kiła układu nerwowego występuje przeważnie w przypadkach lżejszych na pozór a zatém nie powikłanych ze znaczniejszemi zmianami w innych organach osobliwie w kościach i skórze, które najłatwiéj kwalifikują do przyjęcia do oddziału chorób wenerycznych; że chorzy kiłą układu nerwowego dotknięci dostają się najczęściéj do zakładów dla chorób umysłowych lub oddziałów chorób wewnętrznych, ale i w tym ostatnim bardzo mało jest stósunkowo przypadków kiły przerzeczonego układu. Mogłoby to zostawać w związku z tą okolicznością, że ludzie ubożsi, z których bardzo przeważnie rekrutują się chorzy szpitalni, mniéj mają wykształcenia, mniéj pracują umysłowo, mniéj zatém nadużywają mózgu, gdy u ludzi zamożniejszych, którzy szukają tylko wyjątkowo pomocy w szpitalu, i wykształcenie wyższe i praca mózgowa większa. Jak wiadomo z fizyjologii, mózg w chwili swéj czynności zawiera w sobie więcéj krwi niż podczas spokoju, czyli innemi słowy podczas czynności popada w przekrwienie mierne tak zwane czynnościowe. To przekrwienie powtarzając się za często nabiera znaczenia patologicznego, jak tego dowodzi etyjologija chorób umysłowych a nieraz także podupadnięcie odżywiania całego organizmu u ludzi pracujących umysłowo ze zbytniém natężeniem. Fournier wyraźnie oświadcza, że ludzie oddani pracy umysłowéj, literaci, profesorowie, adwokaci, lekarze często stósunkowo podlegają kile mózgu.

Zdaje się, że także i wzruszenia umysłowe mają znaczenie dla powstawania kiły mózgowéj. Fournier przywodzi trzy przypadki, w których objawy kiły mózgowéj ukazały się bezpośrednio po wstrząśnieniach umysłowych skutkiem oblężenia Paryża i teroryzmu komunistów.

Nadużycia płciowe, jako połączone także z nadmiernêm zaprzątnieniem czynności układu nerwowego, mają również mieć znaczenie. Fournier przywodzi cztery przypadki, w których objawy właściwe rozpoczęły się po znacznych wybrykach płciowych, i uznaje, że ta okoliczność ma znaczenie nie tylko dla powstawania ale nawet i dla powrotu znikłych już objawów, jakby tego dowodził przypadek u młodego człowieka, który przebywszy dawniéj kiłę mózgową wkrótce po ożenieniu się i nadużywaniu popędu płciowego dostał na nowo mocnych przypadów kiły mózgowéj, którym uległ.

Mimo tego wszelkie czynniki mogące prowadzić do nadmiernéj i nieregularnéj czynności układu nerwowego uważamy dotąd tylko za pomocnicze dla kiły tegoż układu i zostawiamy przyszłości dokładne ocenienie stanowiska etyjologicznego na têm polu.

Co się tyczy urazów, znajdujemy w piśmiennictwie kilka tylko przypadków, w których po obrażeniach czaszki wystąpiły objawy kiły mózgu.

4) Wiek nie ma wpływu na objawy kiły, o któréj mowa. Tyle pewna, że między 30. a 40. rokiem życia najwięcéj stósunkowo widzi się przypadków. Pochodzi to po prostu ztąd, że najczęściéj dostaje się kiły między 18 a 25 rokiem życia; jeżeli do tego doliczymy lata, po których najczęściéj występuje kiła w układzie nerwowym, to łatwo pojmiemy, że nie dyspozycyja lecz nasze stósunki socyjalne są przyczyną występowania kiły układu nerwowego w pewnych latach częściéj niż w innych. Zresztą nawet u dzieci może przyjść do kiły układu nerwowego, jeżeli np. cierpią na kiłę dziedziczną.

5) Zdaje się, że płeć o tyle tylko ma znaczenie, o ile jak wiadomo kobiety rzedziéj dostają kiły niż męczyżni. Z moich własnych postrzeżeń wypadałoby atoli, że kiła układu nerwowego jest rzeczywiście u kobiet rzedszą, niż to odpowiada w ogólności występowaniu u nich kiły czyli że kobiety kiłą dotknięte mniéj mają skłonności do kiły układu nerwowego niż męczyźni. Zdaniem autorów francuskich kiła rdzenia pacierzowego ma być u kobiet nader rzadką.

6) Budowa i odżywianie ciała nie mają mieć żadnego znaczenia. Uderzało mnie atoli, iż między chorymi przeważali ludzie tędzy, dobrze odżywiani, niedokrewności nie okazują-

cy. Zostawaćby to mogło w związku z wieloma okolicznościami: brakiem charłactwa kiłowego, wiekiem, w którym organizm męzki jest najsilniejszy i lepszém żywieniem się ludzi wykształconych i zamożniejszych.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przyczynek do kazuistyki obustronnéj bezoczności połączonéj z torbielami powiek.

Podał Dr. Wicherkiewicz.

Jeżeli opisać zamierzam jeden z rzadszych przypadków teratologii okulistycznéj, to nie dla tego, ażeby odsłonić na tym przypadku przed czytelnikiem całą tajemnicę zboczeń natury, która tychże znamiona pozwala sobie wyciskać nawet na oku, na tém arcydziele plastycznéj swéj siły, a wiele upłynie pewnie jeszcze czasu, nim uda się nam wgłębić się we wszystkie te dziwne tajniki przyrody, zrozumieć przyczyn i skutków powiązanie; chodzi mi raczéj o to, ażeby w czytelniku równą mojéj wzbudzić ciekawość w obec co najmniéj niepowszechnego zjawiska, a z drugiéj strony, ażeby zapisaniem podobnych przypadków, dokładnie ile można zbadanych, przyczynić się do rozświecenia pola, tak ciemnego jeszcze, jakiém jest teratołogija.

Już przed niespełna trzema laty miałem sposobność w Poznaniu zauważyć przypadek podwójnéj wrodzonéj bezoczności, opisany w *„Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde“* z roku 1878, a już przed kilkunastu tygodniami podobny przypadek widzieć mi się ponownie zdarzyło. Ostatni jednak tém się różni od tamtego, że obok zupełnéj próżni oczodołów powieki dolne uderzają, ponieważ są wysadzone w znacznym stopniu; lecz nie chcąc wyprzedzać opisu przedmiotu właściwego pokrótce opowiem przypadek:

W kwietniu rb. przyniosła mi żona wyrobnika Chwaliszewskiego z Gniezna swą córkę, 8 tygodni mającą, do zbadania, a to z przyczyny, iż dziecko to „nie otwierało wcale oczu,“ przyczém dowiedzieć się tyle tylko od niéj mógłem, iż tak ona jak i mąż, z którym nie jest spowinowaconą, najlepszém zawsze cieszyli się zdrowiem. Żadna téż choroba przynajmniéj przyrządu wzrokowego swoich lub męża rodziców nie jest jéj wiadomą. Miała ona dziewięcioro dzieci, z których siedm umarło w rozmaitym wieku na rozmaite choroby, przyczém jednak oczy żadnego nieprawidłowości śladu nie okazując żadnéj też aż do śmierci dzieci nie uległy zmianie. Pozostały przy życiu pięcioletni synek zdrów i również żadnego znamienia wadliwości przyrządu wzrokowego nie okazuje. Przedstawione dziecko jest ostatniém czyli 9tém z rzędu, wczas urodzoném, dostatecznie rozwiniętém, nie źle odżywioném. Jeżeli zaś dodaję uwagę, iż matka widzi przyczynę zboczenia u tego dziecka w tém, iż będąc w trzecim miesiącu ciąży, pod silném pozostając wrażeniem zamknęła oczy małemu trupowi swego $1\frac{1}{2}$ letniego przedostatniego dziecka, to czynię to raczéj jako zapisek w obec dawniejszych, nawet w książkach lekarskich pojawiających się przesądów o „zapatrzeniu się,“ nie upatrując istotnego związku między tém zdarzeniem a porodzeniem dziecka dotkniętego wadliwością, o któréj mówić będziemy.

Dziecko to, u którego zresztą żadna inna nieprawidłowość w budowie całego ciała nie da się odkryć, wzbudza, jak to na wstępie napomknąłem, od razu naszą ciekawość znacznemi wypukłościami sinawemi powiek dolnych, których żyły powierzchowne skórne są znacznie rozdęte. Wypukłości tych wysokość od brzegu powiek ku licu wynosi 1,7 cm., szerokość 3 cm. Nabrzmiałości owe przedstawiają się jako miękkie guzy, a chełbotanie świadczy o płynie, w nich zawartym. Przy odpowiedniém macaniu zaś można się było przekonać, iż palcem łatwo w powiece przesuwać coś na podobieństwo ograniczonego torbiela. Cały zaś ów chełbotający torbiel zawartym być się zdaje między błoną śluzową a zewnętrznemi powiek powłokami i nie ma żadnéj styczności z kośćmi oczodołów lub twarzy. Szpara zaś powiek jest trochę wązką, brzegi powiek nieco wtłoczone, punkciki łzowe i brzegi powiek zresztą prawidłowe, a i inne przyrządy boczne oczu, nie przedstawiają żadnego zboczenia. Po odciągnięciu za pomocą elewatorów Desmarresa górnéj powieki od dolnéj widać głęboką jamę oczną całą wysłaną błoną śluzową, która jest zaczerwienioną nieco i nieznacznym śluzem pokrytą. Natomiast żadnego śladu gałki w całéj jamie nie podobna ani dopatrzeć się ani domacać. Dno oczodołu zdaje się czasami podczas niespokojnego zachowania się dziecka być poruszaném jakoby przez działanie mięśni pozostających w połączeniu z błonami wyścielającemi oczodół, co również zauważamy w oczodołach pozbawionych gałki z umysłu dla jakichkolwiek powodów. Dla uzupełnienia badania wypadało mi jeszcze przekonać się o naturze treści torbiela, lecz do tego nie miałem niestety sposobności, ponieważ dziecko, po może zbyt wczesném, przynajmniéj ze względu na cele naukowe, zawyrokowaniu, iż bez oczu na świat przyszło, usunięto z pod dalszéj obserwacyi.

Jak już namieniłem, przypadki podobne do mego, jakkolwiek rzadkie, nie są dziś już zjawiskiem odosobnionem. Pomijając inne przypomnę tylko, iż w roku 1876 Wecker w Paryżu zauważył i opisał (w *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1876*) przypadek podwójnéj bezoczności z torbielami dolnych powiek u 2-letniego chłopca. Przypuszczając, iż torbiel taki jest albo przeistoczoną gałką albo też guzem pozostającym w styczności z jamą czaszkową, wydobył celem lepszego rozpoznania natury torbiela za pomocą sikawki Pravaza nieco płynu z owego torbiela i podał takowy badaniu chemicznemu przez Dra Robineta w College de France, przekonawszy się poprzednio za pośrednictwem prof. Ponceta, że płyn ten nie zawiera absolutnie żadnych histologicznych składników. Badanie zaś chemiczne Dra Robineta wykazało, że płyn ów odpowiadał raczéj pod względem składu cieczy zawartéj w przedniéj komórce oka, aniżeli płynowi mózgowo-pacierzowemu (*Cerebro-spinalis*), co Weckera zdawało się skłaniać do przypuszczenia, iż owe torbiele dolnych powiek mogłyby być jakiémś przeistoczeniem gałek. Nie oświadczył się wprawdzie stanowczo za podobném tłumaczeniem, na późniéj zostawiając sobie ponowne badanie.

Już więcej stanowczo oświadcza się o naturze takich torbieli Dr. Talko; zebrawszy bowiem 5 przypadków, w których już to podobne torbiele albo jedno albo obustronne ze zupełną bezocznością lub małoocznością połączone zbadać, już to o nich dowiedzieć się miał sposobność, opisał je częścią w *Gazecie Lekarskiéj*, częścią w *Medycynie* Nr. 37 1876 i w *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde* r. 1877, a dochodzi w końcu do następających ważnych twierdzeń [1]):

1) Torbiele znane u noworodków w oczodołach zdarzają się w połączeniu zazwyczaj ze zboczeniami budowy gałek;

[1]) Nie mając pod ręką numerów odpowiednich ani *„Gazety Lekarskiéj“* ani *„Medycyny“* przepraszam za możliwą niedokładność w referowaniu. (*Przyp. Aut.*)

2) zdarzają się między gałką a spodnią lub bocznospodnią ścianą oczodołu; pokryte spojówką rosną w kierunku dolnéj powieki, która przez to rozszerza się, napręża i dozwala przejrzeć barwę torbiela buroniebieskawą; 3) torbiele te napełniają się żółtosurowiczym płynem, zawierającym wiele białka; 4) brak im zazwyczaj wszelkiéj łączności z workiem spojówkowym lub téż gałką oczną, gdzie takowa istnieje; 5) torbiele takie mogą nie tylko być przekłute ale zupełnie wyłuszczone; 6) rozmiary ich są rozmaite. Torbiele te sprawiają wywrócenie dolnéj powieki, wstrzymują rozwój gałki bardzo małéj i głęboko w oczodole leżącéj. Powstają one nie po urodzeniu, lecz już wśród łona matki.

Mimo pewnych wątpliwości wymienionych przez Wekkera w przypadku przez siebie opisanym, a wyżéj przytoczonym, co do znaczenia owych torbieli w stosunku do gałki, zdaje się jednakże ze wszystkich innych dotąd znanych ogłoszonych a nie zbyt częstych przypadków wynikać, jak to słusznie Talko podniósł, iż owe torbiele żadnéj nie mają styczności ani z jamą czaszkową ani z gałką, nie będąc także, gdzie gałka nie istnieje, jéj przeinaczeniem. Dotąd żadnego jednakże co do ich właściwéj natury nie podano nam zadowalającego tłumaczenia, albo téż wcale się o takowe nie kuszono; czémże więc są one i jak powstają? Nie roszcząc sobie bynajmniéj prawa ostatniego zawyrokowania w tym ważnym przedmiocie, dzielimy się jednak z czytelnikiem myślą, która nam się nasunęła przy zastanowieniu się nad sposobem tworzenia się owych pęcherzy powiekowych.

Naszém zdaniem winniśmy tłumaczyć sobie to powstawanie w ten sposób, iż z powodu próżni w utworzonéj jamie ocznéj bądź to przez nieuformowanie się gałek albo niedostateczne tychże w stosunku do oczodołów rozwinięcie, bądź to powstałéj przez wśródmaciczny zanik gałek, powieki ulegając naciskowi zewnętrznemu wtłaczają się w ową próżnię. Że zaś nie mogą tych próżnych oczodołów dostatecznie wysłać, wypełnić, a zewnętrzny nacisk działa jednostajnie i sprawia zaporę w krążeniu krwi, wytwarza się wśród owego znanego luźnego utkania dolnych powiek surowiczy płyn, który powoli wypełnia ową próżnię oczodołów przytłaczając zewnętrzne powiek powłoki do wewnętrznych ścian oczodołu. Następnie otacza się ów śródtkankowy płyn samodzielną błoną, torbą, zawdzięczającą swe powstanie pomnożeniu i stwardnieniu pierwiastków tkanki łącznéj w bezpośredniém pozostającéj zetknięciu z płynem. Gdy następnie z rozpoczęciem się życia samodzielnego pozamacicznego następuje silniejsze wydzielenie łez a może i śluzu, powoli łzy oddzielają od ścian oczodołu przylegające błony powiek i wypełniają ową próżnię dawniejszą, podczas gdy dolna powieka ze swym uformowanym torbielem przez działanie okrężnego mięśnia od oczodołu się oddala, a przez swą ciężkość coraz więcéj się zwiesza, przyczém powietrze samo ma już teraz przystęp do oczodołu i reszty jeszcze dopełnić może.

Co do powstania bezoczności to i w moim przypadku jak i w innych znajdujemy się w obec sfinksu, bo i cóż mogłoby nam takową wytłumaczyć? Ani dziedziczność, ani powinowactwo rodziców lub tychże chorobliwe usposobienie, powody w braku czegoś lepszego często przytaczane, nie mogą tutaj być zastósowane, a chociaż zdanie Hasnera, iż osłabienie przyrządów płodzenia wywołać może zboczenie organiczne, mogłoby może z tego względu zasłużyć tutaj na uwagę, iż w naszym przypadku dopiero 9te dziecko (czy już i ostatnie?) nosi na sobie znamię *vitium primae formationis*, to jednakże twierdzenie to nie opierając się na pewnych danych zbyt mało rościć może prawa do bezwzględnéj wiary a jedynie uchodzić za wskazówkę, by w tym kierunku badać nadarzające się nowe przypadki.

III. Oceny i sprawozdania.

O postępach leczenia wodą i powietrzem.

Przez autora rozprawy: „O leczeniu suchot“.

Taki tytuł mająca rozprawa pojawiła się w handlu księgarskim, a autorem jéj jest Dr. Władysław Jasiński, prymaryjusz szpitalu więziennego we Lwowie, znany z prac swoich w zakresie hydropatyi. Zawiera ona w streszczeniu odczyt popularny, miany na korzyść Tow. pedagogicznego. Praca ta aczkolwiek w skromnym zarysie i dla ogółu publiczności napisana, zaciekawi niezawodnie i lekarzy, tém bardziéj, że w obec braku prac w tym kierunku w medycynie polskiéj, niejedna pożyteczna wiadomość z postępu wodolecznictwa w niéj się znajduje. Treść jéj następująca:

Autor zapowiada nasamprzód, że tylko ważniejsze i pożyteczne procedury leczenia wodą podać zamyśla, to téż i rozpoczyna od najczęściéj używanych chłodzących okładów na głowę. Powszechnie znany sposób przykładania na głowę ręcznika w kilkoro złożonego zdoła wprawdzie zwykły ból głowy usunąć, przy ciężkim cierpieniu jednak głowy tj. mózgu i błon jego nie odpowiada on celowi.

Niepokojenie chorego zmienianiem okładów, wrażenia rozmaitéj ciepłoty i jéj różne skutki fizyjologiczne a wreszcie niewygodny sposób ich stósowania przez czas dłuższy: oto ujemne strony téj procedury. Woreczki z lodem, jakkolwiek nie mają tych wad, to jednak z powodu, iż są ciężkie, łatwo się zesuwają a przedewszystkiém, że tylko część głowy ochładzają, także nie są doskonałe. Wolny od przytoczonych stron ujemnych a dokładnie chłodzący głowę jest przyrząd zwany „czapką chłodzącą“. Czapkę tę wkłada się na głowę obłożoną mokrém płótnem i połączywszy ją z dwoma gumelastycznemi rurkami, idącemi do dwóch naczyń, przepuszcza się przez nią wodę. Wlewanie wody z naczynia niżéj stojącego, do wyższego, jest całą czynnością pielęgnujących chorego.

Chłodzenie szyi uskutecznia się obecnie za pomocą tak zwanéj krawaty chłodzącéj, polegającéj na takiém urządzeniu, jak wspomniona czapka. Ma ona zalety brakujące okładom z płótna, tj. przylega szczelnie w całéj szerokości szyi i chłodzi ją trwale.

Wązkie woreczki z lodem przylegające w kierunku od uszu ku obojczykowi są dzielnym przeciwzapalnym środkiem w cierpieniach migdałków, działając tutaj na główne pnie naczyń szyjnych. Daléj wspomina autor o dzielnych zabiegach a mało u nas znanych, mianowicie o natrysku pylistym, szkockim i procedurze Champana. Pierwszy polega na rozpylaniu wody odpowiedniemi przyrządami, drugi na zmiennéj ciepłocie wody naprzemian stósowanéj, i na rozmaitych kształtach natrysków, jak wachlarza, półkola, deszczu itd.

Opisanie przyrządów Champana poprzedza autor kilkoma uwagami o działaniu wody na różne okolice ciała i wyszczególnia, o ile to działanie wyzyskuje Champan do celów leczniczych, mając przedewszystkiém rdzeń pacierzowy na oku, który w nerwowych cierpieniach kobiet bardzo często jest siedliskiem choroby.

Woreczki gumelastyczne wypełnione podług życzenia zimną lub ciepłą wodą, przyłożone na grzbiet lub inną ważną część ciała, leczą nieraz zadziwiająco uporczywe cierpienia nerwowe.

Tak zwany psychrofor, czyli chłodzący zgłębnik, stósowany w cierpieniach cewki i chłodzący pęcherzyki (w cierpieniach odbytnicy) opierają się na powyższéj zasadzie.

W dalszym ciągu rozprawy opisuje autor nowsze sposoby lecznicze za pomocą wody, stósowne w chorobach zewnętrznych. Zasada, na jakiéj się opiera powyżéj przytoczone leczenie zapaleń migdałków, i tutaj główną odgrywa rolę. Zmniejszenie przypływu krwi przez główne naczynia łagodzi zapalenie i najlepiéj ochładza. Przeciwny skutek jednak można osiągnąć przez bezpośrednie stósowanie bardzo zimnych okładów na samo miejsce zapalone, tj. stósowanie analogiczne odmrożeniu, zwłaszcza w obec nasilonych objawów zapalenia. Oziębienie zatém głównych pni tętniczych wązkiemi a zimnemi okładami, a owinięcie cieńkiém płótnem mokrém zapalonéj części skóry i zraszanie jéj od czasu do czasu wodą, oto najlepszy sposób w zapaleniach skóry.

W oparzeniach i popieczeniach zależy przedewszystkiém na tém, aby oszczędzać cierpień choremu, to też najlepiéj owinąć chory narząd cieńkiém płótnem, a na to dać okłady lub skrapiać wedle potrzeby. W obec poparzeń na większym obszarze ciała używa się w braku kąpielowego łóżka kilka prześcieradeł do zawijania, a pod nie daje się nieprzemakalne podkłady, po których z polewanych prześcieradeł woda ściekaćby mogła.

Opisując następnie zabiegi hydroterapeutyczne w chorobach wewnętrznych, mianowicie gorączkowych, wymienia autor wskazania, co do użycia rozmaitych procedur. I tak chłodzące okłady tułowia zaleca tam, gdzie należy zniżać ciepłotę bez niepokojenia chorego, jak np. w zapaleniu otrzewny, kąpiele zaś w tych przypadkach, w których zależy nam na tém, aby chorzy się poruszali (np. w durze), czy-to w celu uniknięcia odleżyn, czy też innych powikłań. Ażeby zbytecznie nie ochładzać powierzchni ciała, należy w kąpieli nacierać całą skórę, a u ludzi niedokrewnych nie stósować zbyt zimnych kąpieli.

Hydroterapiję w niegorączkowych chorobach wewnętrznych najbardziéj autor wyszczególnia, i zwraca uwagę przedewszystkiém na stósowanie jéj w tych chorobach, w których u nas rzadko się używa, tj. w wadach serca, puchlinie, w błednicy, w niedokrewności, i wynikających z niéj, cierpieniach nerwowych.

W wadach serca okazuje się hydroterapija nieraz bardzo zbawienną z powodu, iż działając na skórę wyrównywa w niéj krążenie i wraca sprężystość naczyniom, a pośrednio wpływa i na narządy wewnętrzne. Krótkie chłodne nacierania lub natryski (wachlarzowe) na ciepłe ciało osiągają najlepszy skutek. Puchlinę powstałą w wadzie serca, lub też w skutek choroby nerek usuwa powyższa procedura, często zadziwiająco, zwłaszcza obok kuracyi mlecznéj.

Do świetnych rezultatów dochodzi nowsza hydroterapija w błednicy i niedokrewności, także za pomocą krótkich ochłodzeń ogrzanego ciała. Jeżeli ogrzanie ciała ma miejsce na słońcu i wolném powietrzu, a oziębienie w rzece, jeziorze lub morzu, to cel ten najlepiéj się osiąga. U nas podczas lata jest do takich kąpieli w rzekach bardzo dobra sposobność; używane w powyższy sposób są one nader skuteczne, nadużywane tj. jeżeli osoby niedokrewne siedzą w nich po kwadransie i dłużéj, raczéj szkodzą, niż pomagają.

Dalszą zaletą kąpieli zwykłych jest działanie na ciało nie tylko wody, ale i słonecznego światła i ciepłego powietrza; czynniki te mają tak wielkie znaczenie, że przebywanie nago na wolném powietrzu stanowi samo dla siebie rodzaj kuracyi pod nazwą kąpieli słoneczno-powietrznych. Jak w tym sposobie leczniczym wyzyskuje się zbawienny wpływ światła i powietrza na nagą skórę, tak znów w kuracyjach klimatycznych korzysta się z tych czynników przez ciągłe przebywanie na dworze (w ubraniu) w tak zwanych uzdrowiskach klimatycznych. Każda zdrowa okolica już ma do tego leczenia warunki, jednakowoż zwykle nazywa się uzdrowiskiem klimatyczném, jak wiadomo, okolica górzysta z miłém położeniem, wśród lasów (nad morzem), osłonięta od wiatrów i z jednostajną temperaturą. Rozumie się, że i wikt dobry i wygoda powinny powyższe zalety uzupełniać. W zachodniéj Europie jest tych uzdrowisk dosyć, a przebywają w nich niedokrewni, chore na błednicę, chorzy z nieżytami, z cierpieniami nerwowemi a przedewszystkiém chorzy piersiowi (suchotnicy). Miłe wrażenia w piękném otoczeniu, polepszenie trawienia, szybsza odnowa ciała: oto czynniki w tych uzdrowiskach. Zmiana wrażeń umysł chorych dobrze usposabia, to też przejażdzki w okolice, jazda na parostatkach itp., powinny przeplatać jednostajność. Do rzędu uzdrowisk, gdzie powyższe przyjemności można zastósować, należą uzdrowiska morskie, położone nad jeziorami np. Gmunden, Interlaken, i nad jeziorami w południowych Włoszech itd.

Ubolewając, iż w naszym kraju tego rodzaju kuracyje są w zaniedbaniu, wspomina autor o Szczawnicy, która za uzdrowisko klimatyczne ma uchodzić, pomimo, że nie ma po temu warunków, zwłaszcza na uzdrowisko dla suchotników. Brak lasów i ochrony od wiatrów, powietrze nie całkiem wolne od kurzu, nagłe zmiany ciepłoty, nie najlepsza kuchnia i źle zaopatrzone mieszkania obok nie zawsze pożytecznéj, bo nieraz do kaszlu i krwotoków pobudzającéj, wody mineralnéj, otóż wszystko to razem przyczynia się u niejednego suchotnika do jego śmierci.

Następnie wylicza autor niektóre miejsca, gdzie kuracyja słoneczno-powietrzna jest połączoną z hydroterapiją, jak Wartenberg w Czechach, we Veldes w Szwajcaryi, gdzie się znajduje zakład Ritlego. O Ritlim wyraża się autor, że jakkolwiek zakład jego ma najlepsze przyrodzone warunki, jak wyborny klimat i wyśmienite kąpiele w jeziorze, to jednak rozmaite jego pomysłu procedury, stojące w rażącéj sprzeczności z nauką fizyjologii, znacznie zmniejszają skutek leczenia (zwłaszcza w suchotach). To téż lepiéj się mają ci chorzy, którzy przybywszy do Veldes nie udają się do zakładu Ritlego.

Wspominając o przedkąpielowych sposobach ogrzewania ciała, autor wymienia pomiędzy niemi parnię i podaje, jaką dobrze urządzona parnia być powinna. Ma się w niéj znajdować: 1) oddział do obmywania ciała, czyli większy basen, z którego można przejść do 2) oddziału do parzenia się, gdzie jednak ciepłota 32°R. przekraczać nie powinna i 3) oddział do ochładzania ciała za pomocą kąpieli w basenach z czystą wodą, któréj ciepłota ma być przyjemną, i takiém także ma być tamże powietrze.

Tak urządzone parnie, nazywają się rzymskiemi i znane są za granicą; u nas są w użyciu rosyjskie, pochodzące od niecywilizowanych ludów Azyi i wschodniéj Europy, dziwić się jednak należy, że znajdują się u nas tacy, którzy

dobrowolnie skazują się w nich na męki; ogromne bowiem gorąco musi w następstwie u amatorów rosyjskiéj łaźni wywołać duszność i bicie serca. Po tych uwagach o rozmaitych procedurach, kończy autor tę popularną rozprawę tłumaczeniem, zkąd się bierze obecnie tyle chorych niedokrewnych i nerwowych, i wypowiada to zdanie, że zły kierunek wychowania w szkołach i w domu, grzeszący przeciw zasadzie „w zdrowym ciele umysł zdrowy“ jest tego przyczyną. Reformy szkół, mającéj na względzie także rozwój fizyczny młodzieży, autor pragnie koniecznie (a z nim z pewnością i cały ogół lekarzy). *Dr. Tarnawski* (we Lwowie).

Dr. Bertillon. **O jednéj z dróg któremi szerzą się ospa i dyfteryja. (Rozszerzanie się tych chorób w sąsiedztwie szpitali).**

Chorób sporadycznych możemy się w wielu razach ustrzedz lub zmniejszyć ich nasilenie przez roztropność, umiarkowanie w pracy, jakiéj od pojedyńczych narządów wymagamy; są to nieszczęścia jednostek, gdy choroby nagminne dotykają wszystkich, są to bicze publiczne, których przyczyn prawie zawsze szukać wypada w szkodliwościach życia zbiorowego, badanie więc tych chorób wchodzi w zakres medycyny publicznéj i demografii. Od czasu gdy przestaliśmy pojawianie się zaraz przypisywać nieuniknionemu losowi, śledzenie ich początków stało się koniecznością, stało się ze wszystkich badań etyjologicznych najważniejszym, a to ze względu na to, że zarazy dotykają przeważnie najcenniejszego wieku młodości i że jasną jest rzeczą, iż nie są wynikiem dziedziczności, jak większa część innych chorób ciężkich.

Pojawianie, szerzenie się i zniszczenia, jakie choroby te zrządzają, nie są koniecznemi, mamy więc obowiązek dążyć do tego, abyśmy oparci na wiadomościach z fizyki, bijologii i patologii doszli do wykrycia wpływów, od których każda epidemija zależy, do zbadania przyczyn, od których zależy łagodność lub nasilenie każdéj pojedyńczéj epidemii, albo wreszcie tych przyczyn, od których zawisło pojawianie i szerzenie się epidemij.

Dr. Bertillon ożywiony têm dążeniem zwrócił uwagę paryskiego towarzystwa medycyny publicznéj na jednę z przyczyn szerzenia się chorób nagminnych, w wykładzie, z którego niniejszém zdajemy sprawę. Rozpatrując tygodniowe wykazy śmiertelności miasta Paryża ze Stycznia i Lutego r. b. zauważył, że epidemiją ospy, która panowała i jeszcze choć w łagodniejszéj postaci w Paryżu panuje, stale niektóre dzielnice ciężéj były dotknięte niż inne, mianowicie najciężéj dotkniętą była dzielnica koło zakładu Sorbonne.

W ciągu tych dwóch miesięcy umarło w Paryżu na ospę 569 osób. Gdyby wszystkie dzielnice miasta w jednakim stopniu zarazą były dotknięte, to gdy dzielnicę Sorbonne zamieszkuje mniéj więcéj 32.000 ludzi, co równa się $^{1}/_{62\cdot5}$ ogólnéj ludności całego Paryża, liczba przypadków śmierci na ospę w téj dzielnicy winna była w tymże pozostawać stosunku do ogólnéj śmiertelności na ospę, tj. wynosić $\frac{569}{62\cdot5} = 9$ przypadków śmierci. Przydarzyło się jednakowoż w téj dzielnicy 57 przypadków czyli 6—7 razy więcéj. Stosunek ten był stałym co tydzień się powtarzającym bez względu na to, czy Dr. B. brał pod uwagę śmiertelność z samego tylko stycznia lub też z samego tylko lutego. Stałe to zjawisko musi mieć stałą przyczynę, rozchodzi się tylko o jéj wyśledzenie. Dr. B. chcąc dojść do tego rozdzielił przypadki śmierci na ospę, które się w téj dzielnicy przydarzyły, na pojedyńcze ulice i domy, przyczém okazało się, że nie były one jednostajnie po całéj dzielnicy rozprószone ale przeważnie dotyczyły domów w $^{1}/_{4}$ zaledwo całéj téj dzielnicy położonych. Liczbę mieszkańców téj grupy domów można obliczyć na 10.000—11.000, tj. nieco więcéj nad $^{1}/_{200}$ ogółu ludności miasta Paryża, liczba więc przypadków śmierci na ospę powinnaby również wynosić $^{1}/_{200}$ ogólnéj liczby przypadków śmierci na tę chorobę, czyli wynosić $\frac{569}{200} = 2\cdot84$; wynosiła tymczasem 49 przypadków, tj. 16 razy więcéj.

Przyczyna więc tego nadmiernego panowania ospy musi tkwić w téj ograniczonéj przestrzeni. W czasie gdy Dr. B. zajęty był śledzeniem téj przyczyny, prof. Farabeuf doniósł mu o istnieniu w téj dzielnicy oddziału ospowatych, należącego do szpitalu Hôtel Dieu, o którym Dr. B. nie wiedział. Idąc obraną drogą byłby Dr. B. niezawodnie doszedł do wykrycia tego ogniska, z którego rozchodzi się zaraza, tak iż gdy okna domów jednéj połaci ulicy sąsiedniéj wychodzą na szpital, a okna drugiéj jéj połaci odwrócone są od szpitala, to przypadki śmierci na ospę przydarzają się wyłącznie w domach, których okna zwrócone są ku szpitalowi. W ciągu więc 2 miesięcy ognisko rzeczone udzieliło choroby niedającéj się ocenić liczbie chorych i stało się przyczyną śmierci 49 osób, nie licząc już tego o ile zaraza, przenosząc się przy stykaniu, mogła przyczynić się do podtrzymania epidemii w całém mieście. W obec tak ciekawego wyniku badań Dr. B. postanowił i w innych także dzielnicach zbadać, o ile szkodliwy wpływ wywierają szpitale na szerzenie się chorób zaraźliwych. Nadawała się do badania tego rodzaju szczególniéj dzielnica Quinze-Vingts, w któréj mieszczą się dwa szpitale św. Antoniego i św. Eugenii, mające oddziały dla ospowatych a ostatni także i dla dyfterytycznych. Przy rozdziale jednak przypadków śmierci na pojedyńcze ulice i domy okazało się, że przypadki śmierci na ospę i dyfteryję są rozprószone po całéj dzielnicy, co daje się wytłumaczyć pod względem ospy têm, że mamy tu nie jedno ale dwa ogniska zarazy. Wielki też wpływ na rozszerzanie przyrzutu wywiera w tym razie rozpołożenie ulic i domów, które są jedne od drugich pooddalane.

W dzielnicy téj mieszka do 44.000 mieszkańców, t. j. mniéj więcéj $^{1}/_{45}$ ogólnéj ludności Paryża; liczba też przypadków śmierci na ospę i dyfteryję winna wynosić $^{1}/_{45}$ ogólnéj liczby przypadków śmierci na te choroby, tj. 12—13 na ospę a 7·4 na dyfteryję. Tymczasem liczba przypadków śmierci na ospę wynosi 33 (a więc prawie 3 razy tyle) a na dyfteryję 29 (czyli 4 razy więcéj).

W obec tych dwóch spostrzeżeń trudno nie przypuścić, że czynniki szerzenia się zaraz, bez względu na ich przyrodę, rozchodzą się ze szpitali, przynajmniéj o ile to dotyczy ospy i dyfteryi.

Równocześnie dowiedział się Dr. B., iż oddział ospowatych istnieje także przy szpitalu Laenneca. Większéj śmiertelności na ospę w sąsiedztwie nie udało mu się wykazać, sądził więc, że przyczyną tego jest to, iż szpital w mowie będący nie leży w środku jakiéjś dzielnicy, ale przytyka do kilku, rozchodzenie się więc przyrzutu ospowego łatwiéj może ujść uwagi. Ten odmienny wynik skłonił go do rozpatrzenia się na miejscu w stosunkach topograficznych, które zdawały mu się tłumaczyć tę różnicę.

Rzut oka na oddział ospowatych szpitala Hôtel Dieu wystarcza do uczynienia wniosku, iż jeżeli sąsiedztwo szpitali tak szkodliwe, to tu musi się ono najbardziéj uwydatnić, bo oddział ten mieści najwięcéj ospowatych, koło 140, zbitych

w salach nieodpowiednich a nadto budynek ten jest bardzo wysoki (4 piętrowy) i góruje po nad całą dzielnicą, daléj w około wznoszą się stare i brudne budowle jedne na drugich, którym brak światła i powietrza tak, iż zdają się przedstawiać najprzyjaźniejsze warunki do przyjmowania i zatrzymywania na murach lepkich od brudu cząstek unoszących przyrzut ospowy. Te stare domy zamieszkuje ludność chuda, nędzna, żółta, wyniszczona, znajdujemy tam mnóstwo nędznych gospód, domów nierządu ostatniego rzędu i liczne kałuże. Nie wynika z tego, jakoby Dr. B. sądził, iżby brud i nędza miały zaszczepiać przyrzut ospowy, lecz jasną jest rzeczą, że te wilgotne mury, poodrapywane z powłoki farb klejowych, pełne pyłu jakby podziurkowane od starości, łatwiéj mogą zatrzymywać pyły zakaźne niż mury olejnemi farbami pociągnięte. Lecz przedewszystkiém jawném jest, że mieszkańcy tych domów nie wszyscy szczepieni, mało dbający o ochędóztwo zwykłe, o mycie, więcéj mają szans uledz chorobie, pyły bowiem zakaźne, łuski naskórka, które prądy powietrza w okolicy unoszą, przebywają dość długo na ich skórze, niż mieszkańcy o siebie dbający, nadto pewną jest rzeczą, że w stosunkach nędzy i upadku fizycznego, jakie przedstawiają mieszkańcy dzielnicy, o któréj mowa, prognoza w ospie jest o wiele gorsza a śmiertelność znacznie większą. Od dzielnicy téj różni się dzielnica Quinze Vingts mianowicie w okolicy obu szpitali: domy tam są duże, pooddalane od siebie, zakażające więc pyły rozchodzą się po znacznéj przestrzeni, ludność zaś jest mniéj nędzną, staranniejszą o dom i o siebie. Naturalną téż jest rzeczą, że zarażenie jest rzadsze, a mimo to ludność stosunkowo dość cierpi od epidemij. Zdaniem Dr. B. względne nieusposobienie (niepodległiwość) okolicy szpitala Laenneca zależeć może od tego, że sale, w których pomieszczeni są dotknięci ospą, znajdują się w domu dwupiętrowym, niskim, nie przewyższającym domów przyległych, że okna są niskie i wychodzą jedynie na ogród szpitalny, nakoniec że pielęgniarze mają w tym szpitalu zwyczaj palenia natychmiast wszelkich śmieci zebranych przy zamiataniu sal dla ospowatych, a to nie z powodu większego zamiłowania porządku ale że im to wygodniéj. W innych szpitalach przeciwnie śmieci te, obfitujące rozumie się w łuski zaraźliwe, zbierają w skrzynie, aby je znów poruszać przy przenoszeniu na wózki. Nakoniec szpital Laenneca leży na krańcach kilku dzielnic, gdzie domy w ogóle czystsze i dobrze przewietrzane zamieszkuje ludność jeżeli niebogata to staranna i czysta. Oto stosunki tłumaczące zdaniem Dr. B. względną niejako ochronę, którą się odznacza sąsiedztwo szpitala, o którym mowa.

Jakiekolwiekby jednak były przyczyny, dla których szpital ten, który zresztą zawiera o wiele mniéj chorych na ospę, bo tylko 30—40, nie wywiera tak szkodliwego wpływu, nie może to zbić spostrzeżenia co do szkodliwego wpływu szpitala Hôtel Dieu na dzielnicę Sorbonne.

Tak samo ma się rzecz z dyfteryją w dzielnicy Quinze Vingts. Nie podobna nie dopatrzyć się związku między szpitalem św. Eugenii, w którym dyfterytyczni bywają leczeni, a śmiertelnością na dławiec i swoistą anginę 4 razy większą, aniżeli to odpowiada zwykłemu stosunkowi śmiertelności na te choroby.

Związek, o którym mowa, uwydatnia się jeszcze przez następne spostrzeżenie: Obok szpitala św. Eugenii mieści się szkoła ludowa dla chłopców i dziewcząt. Z klas zajmowanych przez chłopców okna wychodzą na ulicę przytykającą do ogrodu szpitalnego, w ciągu lutego zapadło na dyfteryję 4 chłopców i wszyscy zmarli. Budynek, w którym mieszczą się klasy dziewcząt, styka się tyłami z pierwszym budynkiem, a okna jego odwrócone są od szpitala. Pomiędzy dziewczętami nie zdarzył się ani jeden przypadek dyfteryi. Zdaje się więc, jakoby prądy powietrza przynosiły przyrzut wprost do klas chłopców, gdy nie czynią tego prądy dochodzące do szkoły żeńskiéj od strony przeciwnéj.

Spostrzeżenia te nasuwają smutne uwagi co do wpływu, jaki wywiera sąsiedztwo szpitali na zdrowie publiczne, nakazują one zarazem ścisłe i dłuższe badania co do chorób zaraźliwych. Wnioski, jakieby ztąd wyniknąć mogły pod względem przeniesienia szpitali po za obręb miast wielkich, nie będą się podobały służbie szpitalnéj w ogóle włączając w to i lekarską, ale jeżeli szkodliwość szpitali wykazaną zostanie, nie będzie się można wahać.

(Dokończenie nastąpi).

Prof. Meldon (w Dublinie): **O transfuzyi mleka koziego w żyłę człowieka.**

Transfuzyja mleka koziego w żyłę człowieka w celu leczniczym, sądząc po ogłoszeniach prof. Meldona z Dublinu, niesłusznie dotychczas nie zdołała sobie pozyskać zwolenników, czego główną przyczyną zdaniem jego były nieodpowiednie eksperymenta robione na zwierzętach (psach). Zeszłego roku prof. M. ogłosił był 5 przypadków, tego zaś roku znowu 4, w których zamierzony cel bądź zupełnego wyleczenia, bądź téż przynajmniéj znacznego polepszenia rękoczynem tym osiągnięto. Z tych ostatnich 4ech przypadków pozwalamy sobie krótkie podać notatki, témbardziéj, ile że one zdolne są zachęcić i innych lekarzy do wypróbowania tego rękoczynu dotychczas u nas nieużywanego, choćby tylko jak prof. M. radzi, tam, gdzie wszelkie inne środki wyczerpane zostały, zwłaszcza, gdy przy użyciu zwyczajnych środków ostrożności koniecznych przy każdéj transfuzyi i dopełnieniu pewnych warunków specyjalnych, transfuzyja mleka żadnego nie wywołuje niebezpieczeństwa. Przypadki te są następujące:

1) M. C. lat 70, cierpiąca na niedokrewność stopnia najwyższego, któréj nadto towarzyszył przykry chroniczny wyprysk. M. po raz pierwszy badając ją 15 Sierpnia 1879. znalazł osłabienie tak wielkie, że bez pomocy obcéj na nogach utrzymać się nie mogła. Nadziei wyzdrowienia w obec bezskuteczności dotychczas użytych środków nie było. 19 Sierpnia wstrzyknięcie $4\frac{1}{2}$ uncyi = 157·00 gr. mleka koziego przy ciepłocie 100° F. = 37·7° C. Wnet po operacyi pojawiły się pewne trudności w oddychaniu i uczucie ciśnienia w głowie oraz przykre palpitacyje. Objawy te zwolniały jednak po chwili, a w ciągu kilku godzin zupełnie ustąpiły. Chora czuła się stopniowo coraz lepiéj, tak, że we Wrześniu była w stanie opuścić hotel, gdzie operacyi dokonano, by wrócić do domu. Obecnie ma się zupełnie dobrze i jest zdrową.

2) M. W. suchotnica w ostatnim okresie a nadto z przypadami na chorobę szpiku pacierzowego wskazującemi. Po poprzedniém wyczerpaniu wszelkich możliwych środków pozostał stan rozpaczliwy i bez nadziei. Gdy atoli jedynêm tylko pragnieniem choréj było, aby przynajmniéj o tyle sił odzyskać, by módz przebyć podróż do swego rodzinnego miejsca, 50 mil od Dublina oddalonego, więc na usilne prośby otoczenia choréj zrobił M. operacyję, wstrzyknąwszy 4 uncyje (140·0 gr.) mleka koziego w jéj żyłę. Operacyja wstrzymała od razu biegunkę, od któréj mocno cierpiała, a sił przybyło

tak dalece, że w tydzień po operacyi mogła urzeczywistnić jedyne swe życzenie udania się do domu.

3) L. N. suchotnik (grużlica płuc) w ostatnim okresie przybył z dalekiéj okolicy do Dublina, li w celu poddania się téj operacyi. Trawiąca gorączka i biegunka wyniszczyły chorego bardzo mocno. Po przedsięwziętéj 25 września 1879 r. transfuzyi 4ech uncyj mleka koziego biegunka zaraz zupełnie ustała i dopiero po 3ch tygodniach ponownie się pojawiła. Polepszenie było znaczne, a M. zapowiada zamiar ponowienia operacyi późniéj. (Czy ją uskutecznił, o tém nie ma wzmianki w ogłoszeniu). W tym przypadku były podczas, jakotéż i po rękoczynie bardzo nieznaczne tylko dolegliwości w respiracyi, natomiast ciepłota ciała podniosła się w dniu operacyi o 4° F.

4) Michał M. lat 40 liczący, przybył do szpitala 4 grudnia 1879 r. w celu poddania się ponownemu wstrzyknięciu mleka, które M. u tego chorego w roku 1878 z dobrym skutkiem już raz był przedsięwziął. Wtedy był on skutkiem suchot grużliczych do tego stopnia wycieńczony, że lada dzień oczekiwano zgonu. Bezpośrednio po wstrzyknięciu 3½ uncyi (122·0 gr.) mleka koziego, któremu żadne dolegliwości w respiracyi nie towarzyszyły, zniknęło trapiące go uczucie osłabienia, łaknienie wróciło, sen był doskonały a po kilku dniach chory był w stanie podnieść się i usiąść. Polepszenie wzmagało się stopniowo tak dalece, że w 6 tygodni po tém wrócił do swego zatrudnienia, jako asystent w kontoarze, a dodać należy, że choroba jego datowała się od kilku lat wstecz. Otóż 1½ roku po téj pierwszéj operacyi czuł się chory zupełnie dobrze aż do listopada 1879 r., gdzie po zapaleniu płuc pozostał męczący kaszel i wznowiły się inne objawy grużlicy i suchot, które coraz się wzmagając zniewoliły chorego do zaniechania zajęcia swego i szukania przytułku w szpitalu. Po przyjęciu 4 grudnia 1879 r. stwierdzono, że płuca oba w znacznym stopniu były schorzałe; ciągła biegunka przyprowadziła go do stanu, jaki się spotyka u prawie konających. Kaszel nieustanny, pożywienia nie znosił. Gdy więc inne środki pozostały bezskutecznemi, przystał M. na powtórzenie operacyi, którą wykonał 13 stycznia 1880 r. Podczas operacyi użalał się chory na uczucie zimna w plecach, respiracyja była swobodną, lecz nieco przyspieszoną; nie było też bolu głowy, ciepłota zaś podniosła się z 99° na 104° F. Uczucie zimna trwało przez kilka godzin, lecz chory spał téj nocy bardzo dobrze, a nazajutrz przebudził się znacznie orzeźwiony i na duchu pokrzepiony. Biegunka tak jak w poprzednich wszystkich przypadkach bezpośrednio zaraz po operacyi znikła. Przez kilka dni postęp ku wyzdrowieniu był jednostajnie stateczny, apetyt się zwiększył, a kaszel zmniejszył.

Jak z tych przypadków wypływa, stósował M. wstrzykiwanie w przypadkach wysokiéj niedokrewności lub wycieńczenia skutkiem grużlicy, gdzie wszelkie środki zawiodły, a dni chorych niemal już były policzone. W 4 przypadkach osiągnięto wyzdrowienie a w 5ym znaczne polepszenie. Główny nacisk kładzie on na to, żeby mleko przedtém węglanem amonowym dostatecznie zalkalizowano, i żeby naraz nie wstrzykiwać nad 4—4½ uncyi. We wszystkich przypadkach wstrzykiwania odbywały się przez *v. mediana basilica* z prawéj lub lewéj strony, a kozy dojono przy łóżku chorego.

Przeciwnicy twierdzą ze stanowiska teoretycznego, iż transfuzyja ta jest niewłaściwą, lub robią wnioski fałszywe z doświadczeń przedsiębranych na zwierzętach, wreszcie są mniemania, iż komórki mleczne są zanadto duże, by krążyć mogły w naczyniach włosowatych człowieka. Fakta atoli zawarte w ogłoszonych przez prof. M. przypadkach zdolne są przeciwników przekonać; pouczają one bowiem, że zamierzony skutek w zupełności osiągnięty został i że w żadnym przypadku nie nastąpił rezultat szkodliwy; co się zaś tyczy doświadczeń porównawczych na psach, to te nie mogą służyć za wskazówkę. Zdaniem prof. M., chyba porównać by się dały z przypadkiem, w którymby wzięto zdrowego i silnego wieśniaka i wstrzyknięto mu w żyłę 40 uncyj mleka. Naturalnie, że wtedy wynik musiałby być fatalny; taki bowiem był właśnie sposób postępowania przy doświadczeniach z psami robionych w Nowym-Jorku, przez co operacyja ta niesłusznie zdyskredytowaną została.

Nauka, którą z przytoczonych przypadków wyprowadzić można, daje się streścić w ten sposób: że rękoczyn wstrzykiwania mleka koziego do żył człowieka może być zastósowanym w przypadkach wycieńczenia wywołanego skutkiem niedokrewności lub grużlicy płuc, gdzie wszelkie inne przedtém użyte środki pozostały bezskutecznemi. Byłoby przeto wielce pożądaném, gdyby koledzy operatorowie w takich razach zastósowywali w sposób powyżéj podany transfuzyję mleka koziego, a dopiero statystyczne zestawienie większéj ilości przypadków podałoby możność osądzenia skuteczności jéj a ewentualnie rozszerzenia metody téj na inne chorobowe przypadki. (*The Lancet*). *Dr. Karcz.*

Brodowski. **Przyczynek do etyjologii mięsaka.**

Na posiedzeniu Tow. lek. warsz. odbytém w dniu 18 maja b. r. opowiedział prof. Baranowski przebieg choroby ś. p. prof. Lewitskiego, który streszczamy jak następuje. Mężczyzna 42 letni atletycznéj budowy, cieszący się jak najlepszém zdrowiem, siadł podczas wycieczki na Kaukazie znużony w grocie na zimnéj ławce żelaznéj. W kilka chwil doznał silnego dreszczu i bólu dokuczliwego w krzyżu, rozciągającego się wzdłuż nerwu kulszowego lewego. Wkrótce jednak przeniósł się ból i na stronę prawą, poczém pojawiło się z początku osłabienie obydwu odnóg dolnych, a późniéj i porażenie tychże. Dokładne badanie wykryło guz wielkości grosza w okolicy krzyżowéj na lewo, niebolesny, ograniczony, elastyczny; a późniéj duży guz w podżebrzu lewém. Rozpoznanie wahało się między *gumma syphil.* a zapaleniem okostny tymczasem zaś nastąpiła śmierć wśród wzmagającego się charłactwa i silnéj gorączki. Rozbioru zwłok dokonał prof. Brodowski. Po otwarciu kanału pacierzowego znaleziono w dolnéj jego części oslonę twardą mocno zgrubiałą, czego przyczyną był przerost tkanki łącznéj między tąż osłoną a kręgami. Nowotwór towarzysząc nerwom przechodził przez otwory międzykręgowe i zwyrodnił otaczające mięśnie lędźwiowe; z drugiéj zaś strony przenikał nie tylko do jamy brzusznéj lecz i do miednicy, gdzie zająwszy wielką ilość gruczołów limfatycznych wytworzył duży guz za życia wymacalny. Badanie drobnowidowe wykazało mięsak drobno i okrągło komórkowy, którego punktem wyjścia była owa tkanina w kanale kręgowym, powstała najprawdopodobniéj w skutek *pachymeningitis externa rheumatica acuta.*

Do tego dodaje prof. Brodowski jeszcze dwa inne spostrzeżenia a mianowicie: młodzieniec 20 letni spadł przed 4 laty przy gimnastykowaniu na krzyż i odtąd zaczął mu się skrzywiać stos pacierzowy. Wkrótce przystąpiło osłabienie odnóg dolnych a w ostatnich czasach porażenie tychże i guz wielkości jaja gęsiego twardawy na prawo od 11 i 12 kręgu

położony. Gorączka wyniszczająca, drgawki i objawy septyczne były ostatniemi objawami za życia. Przy sekcyi znaleziono oprócz wymienionego guza jeszcze drugi wyżéj położony i większy. Oba były limfomatami pozapalnemi, rozrastającemi się ku jamie brzusznéj i w kanał rdzeniowy.

W trzecim przypadku umarł kozak w skutek zapalenia płuc w 6 tygodni po spadnięciu z konia a sekcyja wykazała, że wytwory zapalenia okostny kręgosłupa dały początek mięsakowi, który szybko rozrósł się w klatce piersiowéj i zapalenie płuc sprowadził. (*Medycyna* Nr. 26). *A. O.*

H. Snow: **O nieuwzględnionym dotąd przypadzie raka sutka.**

Autor zwraca uwagę na częstość występowania w przebiegu raka sutka zgrubienia ograniczonego górnéj nasady kości barkowéj po stronie choréj. Stan ten uwydatnia się najlepiéj na szyjce główki i górnéj trzeciéj części kości barkowéj. Przy nieco silniejszym ucisku żalą się chore na bolesność rozpromieniającą się po za granicę widocznego zgrubienia kości, które wszelakoż nie przeszkadza w wykonywaniu ruchów. W niektórych przypadkach uważał autor również zgrubienie obojczyka.

Stan ten chorobowy kości barkowéj występuje w przeważnéj liczbie przypadków raka włóknistego sutka i to bardzo rychło, najczęściéj równocześnie z poczynającém obrzmieniem gruczołów chłonnych pachowych. Badanie anatomiczne zmiany w mowie będącéj wykazało ciemno-czerwone zabarwienie rdzenia kostnego, który składał się prawie wyłącznie z kolistych komórek o wielkich jądrach bez domieszki komórek tłuszczowych, obok zatartéj budowy siatkowéj (alweolarnéj); okostna była soczystą, zgrubiałą, przekrwioną, właściwego rozrostu istoty kostnéj brakowało.

Autor przypisuje przypadowi temu niepoślednie znaczenie prognostyczne: we wszystkich przypadkach, w których zgrubienie i bolesność barku wystąpiły, bardzo rychło rozwinęła się recydywa. Snow tłumaczy przypad ten poczynającém zakażeniem nowotworowém rdzenia kostnego. (*The Lancet* I, 24 1880 r.). *Dr. Ponikło.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Küchenmeister w Dreźnie poleca (*Deutsche med. Wchft* Nr. 23, 1880) w celu poronnego leczenia wiewióra w okresie zapalnym, czyli bezpośrednio po zupełnem rozwinięciu się wiewióra ostrego z rozpoczynającém się zaczerwienieniem żołędzi prącia, częste (co 1½ godz.) wstrzykiwania wody wapiennéj (1 część z 4 częściami wody destylowanéj). Już w ciągu tego samego dnia objawy zapalne mają się zmniejszać, również łagodzi się ból piekący przy oddawaniu moczu. Lek ten nie znosi lecz znacznie skraca okres zapalny i pozwala przejść rychło do środków szczmiących. Równie dobrze działa woda wapienna w nawrotach zapalnych zdarzających się w przebiegu wiewióra.

Woda wapienna rozcieńczona działa skuteczniéj aniżeli więcéj zgęszczona. Woda wapienna nierozcieńczona działa jako środek żrący. Pamiętać trzeba i o tém, że woda wapienna chciwie przyciąga bezwodnik węglowy z powietrza i zamienia się w roztwór kredy: dla tego należy naczynie z wodą wapienną szczelnie zamykać. Z téjże przyczyny naciąganie wody wapiennéj do strzykawki i samo wstrzykiwanie winny się odbywać szybko.

W celu użycia wody wapiennéj do kąpieli miejscowych wlewa się ją do szklanki aż po brzegi i przykrywa szczelnie pokrywką gumową, opatrzoną w środku otworem dla prącia. Robiąc okłady z wody wapiennéj trzeba się spieszyć i jak najrychléj powstrzymać przystęp powietrza za pomocą szczelnéj oprawy. Możnaby także, aby zapobiedz tworzeniu się kredy, dodać do 40 grm. rozcieńczonéj wody wapiennéj jednę kroplę roztczynu ługu potasowego.

Jeżeli istnieje *phimosis praeputii*, to zdaniem Küchenmeistera można za pomocą wstrzykiwań wody wapiennéj pomiędzy napletek a żołądź, jak niemniéj powyższych kąpieli miejscowych i okładów, wielkie osiągnąć korzyści i uczynić operacyje zbytecznemi. Wydzielina wiewióra traci pod wpływem tego leku własności swoje żrące i drażniące. Zdaniem K. wody żrące żółta i czarna (*aq. phaged. lutea et nigra*) dla tego porzucono przy opatrunku wrzodów kiłowych, ponieważ są to roztczyny zgęszczone, nie zaś rozcieńczone (1:4 lub 1:3) wody wapiennéj, tudzież ponieważ nie przestrzegano przy ich użyciu wszelkich ostrożności. Nie wystarcza przepis, aby lek przygotować za każdym razem świeży, lecz przepisywać go należy w sposób następujący: *Rp. Hydrarg. bichlorat. corrosiv. 1·0, Aq. calcis 60·00, Aq. dest. 240 S. Aqua phag.*, jakotéż *Rp. Hydrarg. chlorati mitis 1·0, Aq. calcis 12·0, Aq. dest. 48·0 S. Aq. phag. nigra.*

ss) V. Cornil badał (*Gaz. méd.* 1880, Nr. 8) zmiany w nerkach i męcherzu wywołane szybkiém zatruciem kantarydynem. Po wstrzyknięciu królikowi pod skórę 0·01 grm. kantarydynu rozpuszczonego w eterze zwierzę zdycha w 20 minut, czasem zaś po 3—4 godzinach.

Kantarydyn, działający również i na inne narządy, wywołuje zaraz po wstrzyknięciu pewne stałe zmiany w nerkach. Zmiany te C. opisuje w sposób następujący: Z naczyń kłębkowych wywędrowują białe i czerwone ciałka krwi, komórki osłonki kłębków Malpighiego i kanalików krętych pęcznieją: wkrótce potém rozwija się zapalenie kanalików prostych i cewek zbiorczych, cechujące się pewną zmianą postaci i ich komórek i wędrowaniem ciałek białych.

Wypadki te zgadzają się po większéj części z temi, jakie przed paru już laty otrzymał na podstawie własnych doświadczeń prof. Dr. Browicz (zob. Przegl. Lek. 1879 Nr. 11). Pracy téj, umieszczonéj w Rozprawach krak. Akad. umiej. a następnie i w języku niemieckim drukiem ogłoszonéj, Cornil widocznie nie znał. Prof. Browicz daleko ściśléj sformułował i dokładniéj opisał zmiany w nerkach wywołane kantarydynem oraz tém samém wykazał, że istnieje bezsprzecznie forma czysto miąższowa zapalenia nerek, gdzie schorzenie pokładu przybłonkowego jest zmianą pierwotną, polegającą na złożeniu wypociny do wnętrza przybłonków nerkowych.

Przy téj sposobności badał Cornil także zachowanie się męcherza po wstrzykiwaniach kantarydynu. Męcherz znajduje się po pierwszém oddaniu znacznéj ilości moczu (w 15 do 20 minut) w stanie skurczu; powierzchnia jego jest chropawa; zawiera małą ilość mętnego moczu, zawierającego białe ciałka krwi i bardzo wielkie komórki o pierwoszczy ziarnistéj i licznych jądrach.

ss) Gorączka powrotna (*febris recurrens*) w południowych Niemczech. U mężczyzny 25-letniego, należącego do bandy cyganów złożonéj z 6 osób, skonstatowano w Heidelbergu pierwszy napad gorączki powrotnéj. Aby zapobiedz dalszemu szerzeniu się choroby, umieszczono całe towarzystwo cygańskie w klinice. W czasie przyjęcia stwierdzono u trzech osób niewątpliwy obrzęk śledziony; ponieważ żadna z osób tych nie przeby-

wała(?) chorób, po którychby obrzmienie śledziony rozwinąć się mogło, prof. Friedreich obrzęk ten odnosił do istniejącego już zakażenia jadem gorączki powrotnéj, oraz przepowiadał rychłe wystąpienie właściwych napadów. I w saméj rzeczy u jednego z chorych w 5tym dniu po przyjęciu wystąpił pierwszy napad, pozostali zaś 2 nie mieli wcale napadów, a nawet obrzmienie śledziony znikło u nich pod wpływem odpowiednich warunków dyjetetycznych. Z tego autor wnosi:

1. Obrzęk śledziony może już istnieć w okresie wylęgania gorączki powrotnéj jako pierwszy i jedyny objaw zakażenia krwi.

2. Zakażanie to, objawiające się obrzmieniem śledziony, może w okresie wylęgania samo przez się ustąpić i nie może przyjść do wybuchu choroby, skoro zakażeni znajdują się wśród pomyślnych warunków higijenicznych.

Podawany dla zapobieżenia dalszym napadom kwas salicylowy (co 2 godz. po 0·5 grm.) nie wywarł żadnego skutku. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* t. 25, str. 518).

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie z dnia 25 maja 1880.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 8.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) W skutek przedstawienia Przewodniczącego uchwalono wezwać zarządy krajowych zakładów wodoleczniczych do nadsyłania Komisyi balneologicznéj szczegółowych sprawozdań dotyczących urządzenia zakładów, ruchu chorych itp. Gdy to nastąpi, Komisyja balneologiczna będzie mogła popierać wspomniane zakłady i polecać je lekarzom praktykującym.

3) Przewodniczący podał wiadomość statystyczną o ruchu w roku 1879 w sześciu zakładach zdrojowych, które na wezwanie Komisyi baln. nadesłały sprawozdania choć krótkie (Korsów, Lubień, Rabka, Swoszowice, Szczawnica i Szkło), do których dołączył wykazy z czterech zakładów (Iwonicz, Krynica, Truskawiec i Żegiestów) podług ogłoszonych drukiem sprawozdań.

Z otrzymanych danych można ułożyć dwie następne tablice:

Żałować należy, że z trzydziestu blisko zakładów zdrojowych i klimatyczno-leczniczych, jakie się w Galicyi znajdują, zaledwie sześć nadesłało odpowiedzi na wezwanie Komisyi balneologicznéj, dla tego téż nie podobna wyciągnąć żadnych stanowczych wniosków. Krótkie uwagi, jakie się nasuwają przy zastanawianiu się nad powyższemi tablicami są następujące:

Pora zdrojowa w naszych zdrojowiskach zaczyna się między 20 maja a 1 czerwca i trwa do 15 a nawet do 30 września; przyczyną tak późnego rozpoczynania pory zdrojowéj są chłody, jakie nieraz panują w maju, za to piękna i pogodna najczęściéj jesień zachęca do pozostania do końca września, a pora ta dla niektórych zwłaszcza chorych jest bardzo stósowną.

Co się tyczy liczby gości w zdrojowiskach, na pierwszém miejscu stoi Szczawnica z poważną cyfrą 2569 osób; nie jest to wyjątkowém, lecz powtarza się od lat kilku. Liczba gości z roku na rok wzrasta i gdy w r. 1864 wynosiła 646 osób, obecnie w 15 lat późniéj jest cztery razy większą. Zaraz po Szczawnicy następuje Krynica, w któréj liczba gości 2447 nie wiele ustępuje Szczawnicy, i również z roku na rok się wzmaga; daléj idą Iwonicz i Truskawiec, po tych Żegiestów, który w ostatnim roku wyprzedził Lubień i piękną ma przyszłość, zwłaszcza z powodu łatwego dojazdu koleją żelazną do samego zakładu. W Rabce również liczba gości w ostatnich latach nieco się wzmogła. Z po za granic Galicyi stosunkowo najwięcéj osób przybywa do Szczawnicy i Krynicy.

Co do liczby kąpiel wydanych, na pierwszém miejscu postawić wypada Krynicę z okazałą cyfrą 38.658 kąpiel, daléj Iwonicz 21.740, Lubień 19.005, Żegiestów itd. W Szczawnicy kąpiele mają podrzędne znaczenie, a nawet dla wielu chorych są wprost szkodliwemi.

Wody najwięcéj wysłano ze Szczawnicy, gdyż 110.000 flaszek, z Żegiestowa 78.000, z Krynicy 74.794 flaszek.

Lekarzy stale ordynujących najwięcéj, bo 6 było w Szczawnicy, 4 w Krynicy, 2 w Iwoniczu, po 1 w innych zakładach prócz Korsowa, Szkła i Swoszowic, dokąd lekarz tylko w pewne dnie tygodnia dojeżdza.

Liczba pokoi dla gości w zdrojowiskach więcéj odwiedzanych wzrasta z roku na rok i po większéj części potrzebie czyni zadość.

Nazwa Zakładu	Czas trwania pory zdrojowéj	Pierwszy gość przybył do zakładu dnia	Ostatni gość opuścił zakład dnia	Ogólna liczba gości zdrojowych		Z po za granic Galicyi było osób
				osób	drużyn	
Szczawnica	od 20 maja do 20 wrześ.	5 maja	28 wrześ.	2569	1563	1129
Krynica	od 1 czerwca do 30 wrześ.	—	—	2447	—	—
Iwonicz	od 25 maja do 15 wrześ.	—	—	1353	—	237
Truskawiec	od 25 maja do 15 wrześ.	—	—	978	638	58
Żegiestów	od 30 maja do 30 wrześ.	—	—	876	—	75
Lubień	od 20 maja do 20 wrześ.	21 maja	18 wrześ.	794	462	15
Rabka	od 1 czerwca do 20 wrześ.	31 maja	18 wrześ.	525	180	71
Swoszowice	od 1 czerwca do 10 wrześ.	2 czerwca	11 wrześ.	279	100	36
Korsów	od 15 maja do 30 wrześ.	30 maja	12 paźdź.	139	29	15
Szkło	od 20 maja do 30 wrześ.	4 czerwca	15 wrześ.	70	25	—
			Suma	10.030		

Nazwa Zakładu	Kąpiel wydano w ogóle	Flaszek wody miejscowéj rozesłano	Spotrzebowano flaszek wód sprowadzonych	Lekarzy stale ordynujących było	Czy jest apteka	Liczba restauracyj	Dla użytku gości było	
							domów	pokoi
Szczawnica	4578	110.000	540	6	1	9	169	807
Krynica	38658	47794	—	4	1	6	63	800
Iwonicz	21740	52684	3000	2	1	5	30	510
Truskawiec	19657	—	—	1	1	2	—	—
Żegiestów	14641	78000	860	1	1	2	12	200
Lubień	19005	232 beczek	210	1	1	2	12	180
Rabka	6700	3694	800	1	1	1	13	182
Swoszowice	4704	—	—	1	—	1	4	103
Korsów	2000	—	—	—	—	1	9	40
Szkło	1050	—	—	—	—	1	7	70
Razem	133733	292172					319	2887

Sprawozdawca na teraz ograniczył się do tych krótkich uwag, w nadziei, że w roku przyszłym nadesłane obszerniejsze sprawozdania i z większéj liczby zakładów, dostarczą materyjału do obszerniejszych uwag i wyprowadzenia ważniejszych wniosków.

(Dokończenie nastąpi.)

V. List otwarty do Redakcyi Przeglądu Lekarskiego w Krakowie.

Szanowny Panie Redaktorze!

W jednym z ostatnich Numerów szacownego pisma Waszego ogłoszonym został ciekawy i rzadki przypadek śmierci pozornéj ze „stężeniem pośmiertném“ za życia występującém, jaki miał miejsce w lwowskim szpitalu powszechnym. Stężenie to (*rigor mortis*) w błąd wprowadziło na razie co do rzeczywistości skonu i jak słuszną robi uwagę Dr. Krobicki, jeśli nie jest jedynym w swoim rodzaju przypadkiem, stracić może cechę nieomylności w sprawdzaniu zgonu, gdy dotychczas było poczytywane za patognomoniczny objaw zgonu. Przeglądając piśmiennictwo omówionego przedmiotu, znalazłem podobny przypadek, który przypomnieć tu interesującym się tym przedmiotem tuszę nie będzie rzeczą zbyteczną. Dotyczy on niedawno zmarłego nestora lekarzy polskich, doktora Józefa Orkisza z Rawy, który uległszy przed laty pozornéj śmierci następnie sam przypadek ten ze słów kolegów swych Drów Rasumowskiego i Rutkowskiego spisał i ogłosił w Gazecie Lekarskiéj T. XIII N. 48. Brzmi on jak następuje: „W mieście Rawie polskiéj, w któréj jako lekarz wolno praktykujący od r. 1833 osiadłem, cholera pojawiła się w miesiącu lipcu 1857 roku i w kilka dni tak się wzmogła, że umierało dziennie kilkanaście osób ... Przy końcu cholery przybył mi ku pomocy Dr. Rasumowski, bo już na siłach upadałem. Wkrótce też na cholerę sam zapadłem, ale tak silną, że po trzecim ataku kurczów, który niemiłosiernie łamał mi ręce i nogi, utraciłem przytomność zupełnie; poczytany za umarłego miałem być pogrzebionym.... Stężałość ciała całego była tak wielką, że oparty głową o stołek jeden a nogami o drugi leżałem jak kawałek drewna.... Dr. Rutkowski przez półtrzecia dnia robił ze mną różne doświadczenia, już nie dla przywrócenia mnie do życia, bo o tém zwątpił zupełnie, ale dla zaspokojenia méj żony, która w żaden sposób nie mogła pojąć, abym w kilka godzin żyć przestał“.... Nie będę tu opisywać zabiegów, które w końcu uwieńczone zostały przywróceniem do zupełnego zdrowia Dr. Orkisza, którém się potém długie lata cieszył, chciałem tylko uwydatnić, że w przypadku tym na podobieństwo ogłoszonego w piśmie Pańskiém, jakiemu uległ Jan Pruchnicki w szpitalu lwowskim, miało miejsce całkowite stężenie, które następowało w porządku i kolejności, w jakich się rozpoczynać miało.

Są więc widocznie pewne stany kataleptyczne lub kurczowe układu mięśniowego na podobieństwo np. sztywnienia mięśni karkowych i wyprostnych stosu kręgowego w epidemiczném zapaleniu osłon mózgo-rdzeniowych, symulujące stężenie pośmiertne, od którego w istocie swéj pomimo powierzchownéj tożsamości muszą być różne. Na mocy więc tylko analogii i tych nielicznych przypadków nie podobna odmówić cechy dowodzącéj zgonu stężeniu pośmiertnemu, jak równie nie można zaprzeczyć, że gnicie czyli rozkład jest zjawiskiem charakterystycznėm pośmiertném, chociaż takowy niekiedy tak szybko postępuje, że według spostrzeżeń Dra Daniella u murzynów na wybrzeżu afrykańskiém palce u rąk i nóg gniją i odpadają, zanim krwi obieg i oddychanie ustały, a Jackson z Filadelfii i Prof. Carpenter niejednokrotnie to naocznie sprawdzili.

Racz przyjąć szanowny Panie Profesorze wyrazy głębokiego szacunku i poważania.

Antoni Skórkowski.

Medowata d. 5 czerwca 1880 r.

Listy z Londynu.

I.

(Homeopatyja i towarzystwa lekarskie. — Odczyt Dr. Powella o otwarciu jamy płuca. — Lekarze w parlamencie. — Powstanie i utrzymywanie szpitali).

Przed kilku miesiącami czytałem humorystyczną broszurkę poświęconą nieśmiertelnemu głupstwu Hahnemana (*der unsterblichen Narrheit Hahnemanns*). Pominąwszy stronę dowcipną, nie wiele na broszurę zwracałem uwagi, bo jest to rzecz nie mająca u nas wielu zwolenników. Inaczéj rzecz się ma w Londynie. Jest tu formalna propaganda homeopatyi. W licznych wystawach sklepowych zobaczyć można biust rodzica homeopatyi, wielu lekarzy i nielekarzy ogłasza, iż leczą jego metodą, mamy tu towarzystwo homeopatyczne, które w r. 1848 nawet swój szpital założyło. W obec tego towarzystwa lekarskie wystąpić muszę do walki i oświadczają, że narady z lekarzami homeopatami ubliżają godności lekarza (*was beneath the dignity*). Ale ogół chce być oszukanym i idzie na lep homeopatów i innych wynalazców środków cudownych na usuwanie chorób nerwowych, tajemniczych itd. Zobaczyłem nawet wynalazek zwany trucizną na lekarzy, co mi mimowoli przypomniało nasze trucizny na szczury. Takie ogłoszenia posługacze wsuwają przechodniom do ręki. Oczywiście choroby zwane przez niektórych tajemniczemi, przez innych skrytopłciowemi, są mętną wodą, gdzie najłatwiéj łowić złote rybki. A jak się tu dowcipnie wyzyskuje każdy kawałek wolnego miejsca! Oto po pisoirach są ogłoszenia tych sławnych specyjalistów a obok firmy wyrabiających najlepsze ochraniacze. A więc pamiętają o leczeniu i zabezpieczaniu się na przyszłość.

Chętnie rozstaję się z tym przedmiotem niegodnym ze stanowiska nauki, jednakże ze względu na dobro ogółu i własny interes obojętny on dla nas być nie powinien. Zaprowadzę teraz czytelnika na odczyt Dra Powella, w towarzystwie lekarsko-chirurgiczném. Dnia 8go b. m. czytał on o otwarciu jamy płucnéj (*On basic cavity of the lungs treated by paracentesis*), którego dokonał z p. Lyell w *Middlesexhospital*. Nie jest to wprawdzie rzeczą nową, bo już w 17tym wieku Baglivi wspomina o możebności tego rękoczynu a w ostatnich czasach nawet kilkakrotnie go wykonywano. W każdym razie jednak należy on do rękoczynów bardzo rzadkich, a zatém choć pokrótce chciałbym o nim wspomnieć. Dr. Powell i p. Lyell otworzyli jamę prawego płuca poniżéj dolnego kąta łopatki trójgrańcem. Wypłynęła ropa mocno cuchnąca, przeto rozszerzono ranę i założono kaniulę. Wykrztuszanie plwocin, przedtém bardzo obfite, ustało. Oględziny pośmiertne dokonane w 4 miesiące po rękoczynie wykazały, iż otworzono kawernę małą, która komunikowała z drugą większą nieco wyżéj położoną. W bardzo zajmują-

céj dyskusyi nad tą sprawą podnoszono przedewszystkiém: 1) trudność rozpoznawczą, 2) łatwość dostania się ropy do jamy opłucnéj, 3) możebność wypadnięcia sączka z kawerny do jamy opłucnéj. Sądzę jednak, że mimo trudności rękoczyn ten ma przyszłość, bo nie pojmuję, dla czego otwarcie kawerny płucnéj ma być bardziéj niemozebném, aniżeli otwarcie ropnia mózgu, wątroby lub nerek. Wspomnieć winienem, że grono słuchaczy przyjęło odczyt objawami zadowolenia, które wyrazili tupaniem nogami.

Niedawno temu zwołano nowy parlament. Zasiada w nim trzech lekarzy z Irlandyi, dwóch ze Szkocyi, a z Anglii ani jeden. Dzienniki lekarskie mocno nad tém ubolewają a dzienniki polityczne wtorując im obwiniają o to samychże lekarzy. Niestety przyznać to muszą nasi koledzy angielscy, że mimo chęci ze strony wyborców ani jeden lekarz jako kandydat się nie stawił. Z tego też powodu słusznie Lancet dowodzi, że nie brak odpowiedniego wykształcenia powstrzymuje lekarzy od udziału w sprawach politycznych, ale obojętność i obawa stracenia praktyki. Wzywa przeto przynajmniéj młodszych lekarzy do udziału w życiu publicznem, już to w interesie swojego stanu, jużto przez wzgląd na zdrowie publiczne. A więc trudno Anglikom wybrać lekarza do parlamentu, skoro nie ma kandydata. U nas rzeczy inaczéj stoją. Bo choć lekarz stanie w obec wyborców i chętnie pracę i osobiste korzyści poświęcić chce dla dobra ogółu, przepada a publika ocenia agitacyję kolegów jego, jako chęć pozbycia się rywala i objęcia po nim praktyki. Przeciwne środki ale jednakie skutki.

Za to Londyn poszczycić się może poważną liczbą szpitali. Jest tu bowiem ośmnaście szpitali powszechnych i sześćdziesiąt kilka ograniczonych, jużto dla pewnego rodzaju chorób, jużto dla pewnych narodowości lub wyznań. Oprócz tego jest wielka ilość zakładów dla ozdrowieńców, nieuleczalnych, kalek itd. Suma wszystkich zakładów i towarzystw dobroczynnych przenosi dziewięćset. Na pierwszy rzut oka zatém ilość szpitali wydaje się ogromną, ale rozliczywszy to na blizko pięć milijonów mieszkańców miasta przekonamy się o ich niedostatku. Jak bowiem przedstawił Dr. Gloger na zgromadzeniu odbytém dnia 31 maja r. b. *(Council meeting of the Hospital Sunday fond)* jedno łóżko przypada zaledwie na 723 osoby. Stosunek ten staje się jeszcze bardziéj niekorzystnym w obec uchwały obowiązującéj, aby pewna ilość łóżek była zawsze wolną dla nieprzewidzianych przypadków i ze względów higijenicznych. Z tego dzienniki lekarskie wzięły pochop i gorącemi słowy odwoływały się do ofiarności publicznéj przy zbliżającéj się niedzieli dnia 13 czerwca.

Jest tu bowiem od lat ośmiu uświęconym zwyczajem, że Lord mayor (burmistrz Londynu) jednę z pierwszych niedziel czerwcowych przeznacza na tak zwany Hospital Sunday. W dzień ten kaznodzieje po wszystkich kościołach wzywają publiczność do składek na szpitale, które się w całém mieście odbywają. Składki te przenoszą zazwyczaj L. 26·000 f. szt. (= przeszło 300·000 zła.) raz tylko nie dosięgły téj sumy. Otóż taka niedziela była tu dnia 13 b. m. Za przykładem Londynu poszły i inne miasta Wielkiéj Brytanii i Stanów Zjednoczonych. Składki niedzielne mogą tu być tém obfitsze, że jak wiadomo w ten dzień nie ma innéj sposobności wydawania pieniędzy, bo wszelkie muzea, wystawy, koncerta, teatra itd. są zamknięte.

Oprócz tego jeszcze coroczne datki na szpitale i inne zakłady dobroczynne dochodzą do dwóch milijonów funtów szterlingów. Ztąd każdy szpital nosi chlubny dla Anglii napis: *„supported by voluntary contributions“* (utrzymywany z dobrowolnych składek). Lecz jakkolwiek to jest zaszczytném świadectwem ofiarności angielskiéj, są to jednak tylko dochody niestałe i nieraz jakiś szpital w ciągu roku znajduje się w tém niemiłém położeniu, że dla braku dochodu zamknąć musi jednę lub drugą salę i odwołać się do publiczności. Komitet nie tyle w miarę potrzeby ile w miarę możności buduje i utrzymuje szpitale. Szczęściem, że Anglija jest krajem wcale bogatym i że ofiarność do wysokiego stopnia jest posuniętą, bo nie jeden szpital powstał z fundacyi tylko jednego człowieka.

Londyn, 15 czerwca 1880 r. *Dr. Bogdanik.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

C. k. krajowa Rada zdrowia. Na posiedzeniu d. 4 maja uchwalono w odpowiedzi na zapytanie c. k. Namiestnictwa w sprawie rekursu aptekarza z Myślenic i gremijum aptekarskiego w Krakowie przeciw nadaniu przez c. k. Starostwo w Myślenicach Mojżeszowi Guttmanowi koncesyi na sprzedaż artykułów leczniczych, iż Rada zdrowia z jednéj strony nie uznaje potrzeby otwarcia handlu chemikalijów w Myślenicach, z drugiéj zaś nie może uznać Mojżesza Guttmana za uzdolnionego do prowadzenia rzeczonego przemysłu. — C. k. Namiestnictwo udzieliło do zaopinijowania rekurs S. Künstlicha z Głogowa przeciw orzeczeniu c. k. Starostwa w Rzeszowie, którém wzbroniono mu wykonywania rękoczynów cyruliczych, zarazem wzywa c. k. Namiestnictwo Radę zdrowia do poczynienia wniosków, celem powstrzymania partactwa lekarskiego, którego dopuszczają się tak zwani cyrulicy. Zdaniem Rady zdrowia należy republikować wszelkie przepisy o oficynach chirurgicznych, a właścicieli zobowiązać do ich ścisłego przestrzegania karząc w drodze administracyjnéj każde przekroczenie; nadto podaje Rada zdrowia ogólne zarysy rozporządzenia, którémby należało unormować prawa cyrulików. — Na posiedzeniu dnia 7 maja b. r. odczytano sprawozdanie zdrowotne za rok 1878 i uchwalono ponowić wszystkie wnioski poczynione w latach ubiegłych a dotąd nie uwzględnione (ogłoszone drukiem w r. 1879 w „Sprawozdaniu c. k. kraj. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1875 i 1876“), nadto zaś uchwalono postarać się w drodze właściwéj, by wszystkie większe miasta Galicyi przedkładały regularnie wykazy o ruchu prostytucyi. — Wysokie c. k. Ministerstwo spraw wewn. raczyło zamianować wszystkich dotychczasowych radców zdrowia na dalsze trzechlecie, począwszy od 1 maja b. r. toż samo i świetny Wydział krajowy zamianował tych samych członków; na posiedzeniu więc dnia 25 maja przystąpiono do ukonstytuowania się, i obrano przewodniczącym dr. Biesiadeckiego, zastępcą zaś dr. Riegera. Na témże posiedzeniu uchwalono na zapytanie c. k. Namiestnictwa, iż ze stanowiska zdrowotnego nie można dozwolić p. Kohmanowi na wytapianie łoju w realności pod I. $713^2/_4$ przy ulicy Słonecznéj we Lwowie; nadto zaś, by c. k. Namiestnictwo zawezwało Magistrat miasta Lwowa do przekonania się, w jaki sposób odbywa się topienie łoju w mydlarniach i topiarniach tutejszych, czy wszyscy rękodzielnicy trudniący się tą gałęzią przemysłu są do tego uprawnieni, i jakie posiadają urządzenia; w końcu by magistrat miasta Lwowa zarządził wybudowanie jednéj topiarni za miastem, o ile możności blisko rzeźni, w którejby wszyscy rzeźnicy i mydlarze obowiązani byli topić łój, tak by odtąd w samém mieście topienie łoju zupełnie było wzbronioném. — W sprawie rekursu p. Mataszka w Żywcu przeciw zarządzeniu tamtejszego starostwa, odmawiającego mu pozwolenia na otwarcie mydlarni przy ulicy Łężnéj, uchwalono, iż założenie fabryki mydła i świec w miejscu, w którém p. M. wybudować ją pragnie, ze stanowiska sanitarnego nie jest dopuszczalném.—W końcu uchwalono, iż zakład w Kulasznem może być uznany jako publiczny zakład żętyczny i kąpieli rzecznych.

* Rozprawy nad wnioskiem względem przywrócenia na drodze prawodawczéj zakazu leczenia partackiego nareszcie po wielu burzliwych posiedzeniach ukończone zo-

stały w towarzystwie lekarskiém berlińskiém. Towarzystwo 82 głosami przeciw 60 przyjęło wniosek Mendla, aby odrzucić wnioski pierwotne, a natomiast uchwalić zwalczanie partactwa za pomocą towarzystw i czasopism lekarskich, a nie żądać zmiany w ustawodawstwie obowiązującém. Ponieważ towarzystwo i czasopisma lekarskie i tak nie schlebiały nigdy partaczom, więc uchwała przerzeczona znaczy tyle, co zachowanie się bierne Towarzystwa lekarskiego jako takiego.

Statystyka epidemij. W tygodniu 24 ospa w Londynie nie złagodniała. Umarło 10, leczyło się w szpitalach 234, świeżo zapadło 31. W Wiedniu umarło 8, w Pradze 12, w Tryjeście 3, w Petersburgu 2, w Bukareszcie 6, w Paryżu 50, w Madrycie 14, w Budapeszcie 6, w Aleksandryi 12, w Kopenhadze i Chrystyjanii wiele osób zapadło na ospę, lecz bardzo mało umiera. W Berlinie odra i płonica wcale się nie zmniejszyła, umiera więcéj z dławca. Dur brzuszny złagodniał w Paryżu i Petersburgu. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 40, w Madrycie 7. W tygodniu 25 umarło w Krakowie: 2 z ospy, 1 z płonicy, 1 z duru brzusznego, a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy (z ul. Skawińskiéj l. 37 i z ul. Szerokiéj); 1 płonicy (z ul. św. Józefa l. 493), 5 duru osutkowego (z ul. Zwierzynieckiéj l. 29, z ul. Krupniczéj l. 12, ze Stradomia l. 42 i 2 z Podgórza); 3 duru brzusznego (z ul. św. Jana, z ul. Długiéj l. 15 i z ul. Mikołajskiéj l. 453).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 24 umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 35,9; we Lwowie 40,0; w Poznaniu 32,4; w Wiedniu 31,3; w Budapeszcie 41,7; w Pradze 40,5; w Tryjeście 34,6; w Berlinie 38,6; w Wrocławiu 32,8; w Mnichowie 35,1; w Dreźnie 25,3; w Lipsku 23,1; w Bazylei 26,5; w Brukseli 19,3; w Paryżu 27,1; w Londynie 18,4; w Kopenhadze 21,7; w Stokholmie 31,7; w Chrystyjanii 19,1; w Petersburgu 46,6; w Odesie 45,7; w Rzymie 31,1; w Wenecyi 23,3; w Bukareszcie 27,6; w Madrycie 35,7; w Barcelonie 18,9; w Aleksandryi 36,5; w Nowym Jorku 27,5; w Bombayu 34,1; w Madrasie 39,9. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 czerwca. Rektorem uniwersytetu Jagiell. na rok przyszły obrany został prof. położnictwa Dr. Maurycy Madurowicz. Ponieważ rektor tegoroczny, prof. Dunajewski, zamianowany został ministrem skarbu, zajdzie potrzeba obrania prorektora na rok przyszły.

* Rektorem uniwersytetu w Gracu na rok przyszły obrany został fizyk prof. baron Ettinghausen; dziekanem wydziału lek. we Wiedniu ponownie prof. E. Hofmann, a w Pradze prof. Breisky.

* Nie szczędziliśmy pracy, aby przygotować się na przyjęcie należyte członków Towarzystwa lekarzy galicyjskich, ale też ponownie przeprosić musimy niektórych współpracowników, że prace ich z tego powodu nieco zalegały. Obawialiśmy się, że szan. członkowie Tow. lek. galic., numer pierwszy lipcowy otrzymają może o kilka dni później, skoro dopiero przedwczoraj wieczór otrzymaliśmy zawiadomienie o zapadłéj uchwale Towarzystwa lek. gal.; teraz zaś mamy nadzieję, że Administracyja nasza zdoła w przeciągu paru dni załatwić wszystkie czynności, konieczne w obec przeobrażenia.

* W miesiącu maju rb. złożyli tu egzamin lekarski przepisany celem uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia pp. DDrowie: Zenon Friedmann z Jasła, Zdzisław Lachowicz z Jaworowa (celująco), Józef Perl z Kocmania na Bukowinie, Aleksander Rybczyński z Krakowa, Kazimierz Zabierowski ze Żmigrodu, Bernard Zauderer z Wieliczki, i Karol Żuławski z Krakowa.

* Wydział lekarski w Pradze czeskiéj na opróżnioną katedrę chirurgii proponował na 1szém miejscu prof. Winiwartera (obecnie w Leodyjum w Belgii), dodając wszakże, że on katedry nie przyjmie, a następnie prof. Huetera z Gryfii i Dra Krönleina z Berlina; pominął zaś prof. Alberta z Insbruka, zdaje się tylko dla tego, że jest czechem. Nie ulega wątpliwości, że Wydział dozna porażki i że mianowanym zostanie prof. Albert.

* Z udzielonego nam listu prywatnego jednego z kolegów, który przeniósł się do Bośnii, wyjmujemy co następuje:

„Może nie od rzeczy będzie przy téj sposobności napisać coś o Bośnii, dokąd formalna wędrówka polaków z Galicyi się odbywa. Ja obecnie piastuję od 1 maja urząd lekarza obwodowego (*Kreisarzt*), przedtém byłem lekarzem powiatowym. Mam płacy 1500 złr. i 300 na pomieszkanie, komisyje przynoszą przynajmniéj 100 złr. miesięcznie, możnaby więc wykwintnie żyć, gdyby na to pozwalały stosunki. Praktyką wiele się nie zajmuję, nie mam bowiem czasu, jestem w całém tego słowa znaczeniu urzędnikiem sanitarnym. O ile z wykazów wiem, wielu jest tu lekarzy polaków i wszystkim nie źle się powodzi, mają w przecięciu po 200 złr. miesięcznie dochodu, lecz za to muszą odmówić sobie wszelkich przyjemności. Od 1 września dostaną lekarze powiatowi 1500 złr. rocznie, dotąd mają 1200 złr. a my obwodowi mamy również mieć podwyższoną gażę. Lekarzom powiatowym dużo przynosi apteka domowa, ludzie bowiem chętnie szukają rady lekarskiéj. W mieście, w którém ja urzęduję, lekarz miejski ma 4000 złr. rocznego dochodu. Obok lekarzy jest znaczna liczba urzędników sądowych polaków, młodzieńcy 22 letni są adjunktami z płacą 1500 złr. W każdym niemal powiecie można natrafić albo lekarza albo urzędnika polaka, co dla mnie, który ciągle jestem w drodze nader jest miłém.“

* W Stokholmie odbędzie się w d. 6—14 lipca rb. Zjazd lekarzy i przyrodników skandynawskich.

* Wdowa po jenerale Miramonie, rozstrzelanym w r. 1867 razem z Cesarzem Maksymilijanem, podarowała szkole narodowéj przygotowawczéj w Meksyku biblijotekę będącą jéj własnością, a składającąsię z 363 tomów. (*La independencia medica* Nr. 4).

* W Cieplicach czeskich do d. 26 bm. bawiło gości kąpielowych 4021.

+ **Karlsbad** 26 czerwca. Do dziś dnia było osób 12,919, o 1354 więcéj niż do tegoż dnia r. z. W pierwszéj połowie tygodnia pogoda prześliczna z ciepłotą stałą 21° R., dochodzącą na słońcu stopni 31° R., druga połowa pochmurna, czasowo z deszczem ciepłym połączona przy średniéj ciepłocie 14 R.° 25/6 przed południem ulewny deszcz przy temperaturze 13° R.

* **Nekrologija**. W Meksyku umarł prof. farmacyi Don Jose Maria Cervantes. — We Wiedniu umarł Dr. Zsigmondy, prymaryjusz w szpitalu powszechnym i docent dentystyki, licząc lat 64.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich**:

W *Medycynie* Nr. 25: Matlakowskiego: Kilka przypadków zarażenia przymiotem przy obrzezaniu. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 26: Wyczałkowskiego: Sprawozdanie z czynności lekarskiéj szpitala św. Aleksego w Płocku za r. 1879.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Ludwik WOLBERG: O wpływie niektórych soli i alkaloidów na trawienie. (Osobne odbicie z *Gazety Lekarskiéj*). Warszawa. 1880, in 8vo str. 16.

Piśmiennictwo lekarskie. NOWAK J., Prof. der Hygiene an der Wiener Univ., Lehrbuch der Hygiene zum Gebrauche für Studirende d. Medicin, Physikatscandidaten, Sanitätsbeamte, Aerzte etc. Mit 175 Abbildungen Lieferung 1. Wien 1880 8ka Toeplitz u. Deuticke, 2 Mk = 1 fl. 20 kr. (Całe dzieło ma wyjść w 8—9 zeszytach i ma być do początku r. 1881 ukończone).

HENDESS H. Allgemeine Giftlehre. Uebersichtliche Darstellung der gewöhnlichsten Giftstoffe. gr. 8 Berlin. Horowitz. M. 2

JACOBSOHN J. Mittheilungen a. d. Königsberger Universitäts-Augenkl. 1877—79. gr. 8. Berlin. Peters. M. 6.

JOCHHEIM Ph. Diphtheritis u. Ozon. gr. 8 Heidelberg C. Winter. M. 80.

KAPOSI M. Pathologie u. Therapie d. Hautkrankheiten. M. 1 Taf. u. Holzschn. 2 Hälfte. gr. 8. Wien, Urban et Schw. M. 9.

KENT J T. Sexual Neurosis. 12 St. Louis. sh. 9.

LANDOUZY L., Des paralysies dans les maladies aigues. gr. 8. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 6.

MOREL, V.. Recherches expérimentales s. l. pathogénie des lésions du coeur droit. Avec figures. gr. 8. Paris J. B. Baillière et fils. Fr. 2.

ROBIN A., Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale. Av. 46 fig. et 1 pl. 8. Fannin. (Dublin). London. Longmans sh. 7.

SCHMIDT B., Das chirurgisch-poliklinische Institut an d. Universität Leipzig seit seiner Gründg. Am. 1. März 1880. M. 4. Tfin. u. 1 Lichtdruck. gr. 8. Leipzig, Rossberg M. 2.

SCHROEDER K. Lehrbuch der Geburtshülfe. Mit 118 Holzschn. 6 Aufl. gr. 8. Bonn, Cohen et Sohn. M. 15.

SCHULTZ C. Ein Beitrag zur Vivisectionsfrage. gr. 8. Berlin. Barth. M. 75.

VAUTHIER J. Z. F. Les poisons, empoisonnements, contrepoisons etc. 18. Paris, J. B. Baillière et Fils Fr. 1.
VIARD J. S. De l'epilepsie d'origine syphilitique. 8. Paris. O. Berthier Fr. 3½.
WEINHOLD A. F. Hypnotische Versuche. 3 Aufl. gr. 8 Chemnitz, Bülz. M. 1.
WERNICH A. Die Entwicklg. d. organisirten Krankheitsgifte. gr. 8. Berlin, G. Reimer M. 2 40.
WINCKEL F. Die Pathologie der weiblichen Sexualorgane. 8. Lfg. M. 3 Lichtdr.-Tfln. gr. 4. Leipzig, Hirzel. à M. 4.
ALIBERT V. Contribution à l'étude clinique du mal de Bright. 8. Paris. Delahaye. Fr. 2½.
ARNDT R. Die Psychiatrie u. d. medicin. Staatsexamen. gr. 8. Berlin. G. Reimer. M. 1.
ARNOZAN X. Des Lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux. Thèse. 8. Paris, Delahaye. Fr. 5.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie dnia 7go lipca we środę o godzinie 5téj w Sali Akademii Umiejętn. posiedzenie, na którém nastąpi wybór członków na ostatniém posiedzeniu przedstawionych, poczém kol. prof. Domański odczyta dalszy ciąg swéj pracy „o obecnym stanie nauki o kile układu nerwowego“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Mattoni i spółka w Franzensbadzie

Dostarczyciele c. k. dworu.

Kopalnie mineralnego mułu słonego i okrowe, właściciele obwodu mułu mineralnego i zdrojowego w Soos pod Franzensbadem, który co do zasobu borowiny i zdrojów żelazowych wszelkie inne przewyższa polecają:

Muł mineralny żelazowy na kąpiele jakoteż z niego wprost otrzymywany

Ług mułu mineralnego żelazowego (płynny wyciąg mułu) we flaszkach po 2 klgrm. na kąpiel.

Sól mułu mineralnego żelazowego (suchy wyciąg mułu) w skrzynkach po 1,3 6 i 10 klgr. (1 klgr. na kąpiel).

(Ostatnie dwa wytwory jako środki zupełnie zastępujące kąpiele mułowe do użytku domowego).

Kaiserquellsalz ze zdroju Kaiserquelle przez odparowanie otrzymana wyborny środek czyszczący.

Cenniki i broszury gratis.

Własne składy w Wiedniu: Maximilianstrasse 5, Tuchlauben 14.

W Buda Peszcie: **Dianabadgebäude.**

Dr. J. KOPERNICKI

Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego

Lekarz zdrojowy w Marienbadzie

mieszka w VILLA ZEIDLER, tuż nad głównym zdrojem Kreuzbrunn, ordynuje w godzinach od 7—8 rano i od 3—6 po południu.

Dr. TOMASZ ŚWIÉRZ

ordynować będzie podczas pory kąpielowéj

w SWOSZOWICACH.

Zakład zdrojowy

TRUSKAWIEC

zostaje otwartym 20 maja 1880 r.

Kąpiele słono-siarczane i żelazisto-słono-siarczano-szlamowe, słono-alkaliczne zdroje rozrzedzające do picia. — Zdrój, zwany naftowym, znany ze swéj skuteczności.

Żętyca owcza, zapas wód lekarskich obcych, restauracyje i cukiernia.

Odległość zakładu od stacyi kolejowéj Drohobycz jedna mila. Na dworcu znajdują się podwody wszelkiego rodzaju, zarząd przyjmuje także zamówienia na takowe. — Apteka, urząd pocztowy i telegraficzny w miejscu.

Lekarz zakładu Dr. **Z. RIEGER**, krajowy radca zdrowia.

Zamówienia na pomieszkania mogą być o tyle uwzględniane, o ile dołączony zadatek ubezpiecza czas najmu.

Zarząd.

Dr. PRZEŹDZIECKI

udziela porady lekarskiéj jak lat poprzednich

w Franzensbadzie.

(Goldener Stern).

WODY LEKARSKIE

Fabryka parowa wód gazowych

K. Rzący w Krakowie

wyrabia wodę selcerską — gorzką — z pyrofosforanem żelazawym — litową — jodową — limoniadę magnezyjową.

Flaszki tych wód opatrzone są mojemi etykietami i kapslami na główce herbem m. Krakowa.

Zamówienia wykonywa bezzwłocznie.

Składy w Krakowie w aptekach Wgo W. REDYKA Mały Rynek, Wgo K. WISZNIEWSKIEGO Ul. Floryjańska i w handlu Wgo J. JANIGI Rynek główny.

Do Pana **K. RZĄCY** właściciela fabryki wód gazowych w Krakowie:

Towarzystwo lekarskie krakowskie, na przedstawienie Komisyi stałéj, zawiązanéj dla popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów leczniczych, po zbadaniu nadesłanych przez Pana wód gazowych, oraz przekonaniu się o ich skuteczności, tak w **klinice lekarskiéj** Prof Dra Korczyńskiego, jak w **szpitalu św. Łazarza w oddziale** Docenta Dra Pareńskiego, uznało takowe jako zasługujące na polecenie, gdyż skład ich podany przez **Komisyję Tow. lek. krak.** odpowiada najzupełniéj zasadom naukowym i prawidłom farmakotechnicznym, a zarazem wody te nawet po dłuższém przechowaniu nie zmieniają swych własności fizycznych, a zatém nie tracą nic na skuteczności.

Wszczególności zaś:

Woda selcerska sztuczna, odznacza się smakiem przyjemnym co do skuteczności nie ustępuje bynajmniéj wodzie naturalnéj, co do ceny zaś jest od niéj o wiele tańszą.

Woda gorzka gazowa, ma tę zaletę przed wodami gorzkiemi rodzimemi, że w smaku jest znacznie przyjemniejszą a równie skuteczną.

Woda z pyrofosforanem żelaza, zawierając nawet znaczną ilość środka dzielnego przyswaja się łatwo i dobrze znoszoną bywa nawet przez chorych z wrażliwym przewodem pokarmowym.

Woda litowa zawiera węglan litowy w ilości daleko znaczniejszéj niźli jakakolwiek ruda mineralna rodzima, nie ustępuje zaś w niczém wodzie litowéj z za granicy sprowadzonéj.

Woda jodowa wreszcie ilością jodu jaką zawiera (1:1000) przewyższa wszelkie wody rodzime jod zawierające i zasługuje na zalecenie, gdyż w téj postaci jodek potasu rychléj bywa wessany i mniéj drażni przewód pokarmowy, niźli w rozczynie w jakim zwykle bywa podawany.

Kraków dnia 21 Maja 1880 r.

Przewodniczący Komisyi
Dr. SCIBOROWSKI.

Prezes Tow. lek. krakowskiego
Dr. WARSCHAUER.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.		w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „		„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „		„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 10 lipca 1880. **Nr 28.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. RYDYGIER. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowej. —
II. DOMAŃSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. — III. *Oceny i sprawozdania*: OLPIŃSKIEGO: Zbiór ustaw i rozporządzeń zdrowotnych, obowiązujących w król Galicyi i Lodomeryi z W. ks. krakowskiém. BERTILLON. UTHHOFF. — *Wiadomości pomniejsze.* —
IV. Sprawy Towarzystw lekarskich. — V. *Odcinek:* WARSCHAUER. List otwarty do Redakcyi Przeglądu Lekarskiego. — BOGDANIK. Listy z Londynu. II. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomosci bieżące.*

I. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowej.

Napisał Dr. Rydygier.

Na ostatnim Zjeździe chirurgów w Berlinie twierdził Koenig (p. sprawozdanie w Nrze 16 Przegl. Lek.), że wypiłowanie przeciwgnilne stawów w gruźlicy stawowej nie ma żadnego wpływu zapobiegawczego przeciwko gruźlicy ogólnej. Twierdzenie swoje oparł na statystyce własnej, ułożonej z 117 przypadków wypiłowań wykonanych w ostatnich 3½ latach. Z tych w przeciągu 4 lat po pierwszém wypiłowaniu już 21,5% umarło na gruźlicę ogólną. Zważywszy, że Billrothowi w przeciągu 16tu lat tylko 27% nieoperowanych na gruźlicę umarło, zważywszy dalej, że liczba 21,5% po uzupełnieniu obserwacyj z 4 na 16 lat z pewnością osiągnie liczbę Billrotha, jeżeli jej nie przewyższy, pewną jest rzeczą, że wypiłowanie, choć przeciwgnilne, nie ma żadnego wpływu zapobiegawczego. Tak wnioskował Koenig i mogłoby się zdawać, że całkiem słusznie. Gdyby tak rzeczywiście było, musiałaby nastąpić reakcyja przeciwko wykonywaniu wypiłowań tak częstemu, jak to miało miejsce w Anglii, a w ostatnim czasie i w Niemczech. To téż zaraz na témże posiedzeniu Esmarch oświadczył, że zgadzając się z wywodami Koeniga teraz często w gruźlicy stawów zamiast wypiłowania używa amputacyi. Przeciwko tym wywodom oświadczył Kraske, że w Hali w klinice Volkmanna po wypiłowaniach, ale wypiłowaniach wczesnych, lepsze mają wyniki; czego Koenig u siebie nie zauważył, przeciwnie twierdzi, że i wypiłowania wczesne nie mają żadnego wpływu zapobiegawczego.

W drugiéj części naszéj pracy będziemy mieli sposobność dowieść, że Koenig się myli. Dowód nasz oprzemy raz na studyjum literatury, a prócz innych właśnie prace Koeniga znakomicie nas poprą, powtóre na własném doświadczeniu, które w ostatnim czasie zbieramy wprawdzie w małém kółku, które to doświadczenie atoli może właśnie dla tego tém bardziéj na uwagę zasługuje.

Przystępujemy teraz najprzód do opisu naszych 15tu przypadków wypiłowań przeciwgnilnych, wykonanych przez kol. Wehra i przez nas w ostatnim 1½ roku w naszéj klinice. Rozpoczynamy od opisu wypiłowań stawu kolanowego w gruźlicy stawowéj, których wykonaliśmy w ostatnim roku 9.

Przypadek 1szy. Ida Goldam; przypadek ten opisaliśmy już w sprawozdaniu z kliniki naszéj (Przegląd Lek. Nr. 23), tu uzupełnimy go tylko opisem preparatu otrzymanego po wypiłowaniu: Wysokość wypiłowanéj części kości udowéj przy kłykciu wewnętrznym 2,5 cm. Wysokość przy kłykciu zewnętrznym 2,5 cm. Wysokość wypiłowanéj części kości goleniowéj 1,25 cm. Chrząstki stawowe kości udowéj, goleniowéj i rzepki po większéj części zniszczone. W obu kłykciach kości udowéj nieznaczne zmiękczenie istoty kostnéj.

Przypadek 2gi. Heilemann Gustaw; przypadek ten tamże opisany, uzupełniamy go więc tylko opisem preparatu: Wysokość wypiłowanéj części kości udowéj przy kłykciu wewnętrznym 1,7 cm., przy kłykciu zewnętrznym 1,6 cm. Wysokość wypiłowanéj części kości goleniowéj na najgrubszém miejscu (cienka blaszka) 0,75 cm. Ogniska kostnego (Knochenherd) nie znaleźliśmy; powierzchnia stawowa kości udowéj, goleniowéj i rzepki po większéj części wybujałą szklistą ziarniną pokryta; tylko najwyższe części kłykciów kości udowéj i najniższe kości goleniowéj pokryte są chrząstką niezmienioną i gładką. Najobficiéj znajduje się ziarnina w *recessus quadricipitis* wypełniając go zupełnie. W ziarninie i na przejściu błony stawomaźnéj na rzepkę liczne żółtawe kropki wielkości główki od szpilki: gruzełki (*miliare Tuberkelknötchen*).

Przypadek 3ci. Karabasz Władysław; i ten przypadek opisany na témże miejscu uzupełniamy tylko opisem preparatów otrzymanych po wypiłowaniu i po odjęciu uda: Wysokość wypiłowanéj części kości udowéj przy kłykciu wewnętrznym 2,8 cm., przy kłykciu zewnętrznym 2,7 cm. Wysokość części wypiłowanéj kości goleniowéj na naj-

grubszém miejscu 1,5 cm. Ognisko kostne: Wrzód w środku przedniéj części kości goleniowéj wielkości orzecha laskowego, otorbiony błoną, w któréj już gołém okiem liczne gruzełki postrzegamy. Chrząstka stawowa na kłykciu zewnętrznym kości goleniowéj zupełnie przez ziarninę zniszczona, na tymże kłykciu kości udowéj po większéj części, na kłykciach wewnętrznych mniejsze zniszczenie. Cały *recessus quadricipitis* bardzo znacznie rozszerzony, wyłożony jest błoną pokrytą ziarniną i przechodzącą na powierzchnię stawową rzepki, któréj chrząstka zupełnie zniszczona. Wszędzie w ziarninie bardzo liczne gruzełki. Na preparacie otrzymanym po odjęciu uda widzimy, że powierzchnie przepiłowane nigdzie się nie zrosły; przeciwnie wyglądają jak gdyby ponagryzane, nierówne; tkanka kostna znacznie rozrzedzona, jamki wypełnione ropą serowatą i ziarniną nie dobrą.

Przypadek 4ty. Sykuterski Antoni, 19 lat liczący, uczeń krawiecki, przyjęty do kliniki dnia 1 lutego rb. Ojciec umarł przed dwoma laty na chorobę piersiową (prawdopodobnie gruźlicę); matka żyje i jest zdrową, również troje rodzeństwa. Dzieckiem będąc nie chorował S. nigdy. W 15 roku życia poczęło go w kolanie prawém „żgać“ i boleć, od 2 lat odnoga poczęła sztywnieć w kolanie i puchnąć, mógł atoli pomimo to chodzić aż prawie do końca czerwca 1879 r. Od tego czasu chodzi o kuli. Przez 4 miesiące leżał w tutejszym szpitalu Sióstr Miłosierdzia w oprawie gipsowéj, ponieważ stan jego nie poprawiał się, przeniósł się do kliniki naszéj, dla odjęcia nogi choréj.

Badanie dnia 1 lutego 1880: Chory miernie odżywiony bez podściółki tłuszczowéj, budowy wysmukłéj. Badanie płuc wykazuje w szczytach oddech nieoznaczony, ale brak wyraźnego stłumienia. Wymiary serca i tony prawidłowe. Cała odnoga dolna prawa wychudła i szczuplejsza (mianowicie na udzie) niż zdrowa lewa. Stopa prawa miernie, lecz wyraźnie obrzmiała. Kolano prawe wrzecionowato obrzękłe od *tuberositas tibiae* aż do szczytu rozszerzonego *recessus quadricipitis*; w środku rzepki obrzęk mniejszy, dla tego cały guz jakby na tém miejscu bruzdą przedzielony. Kłykieć wewnętrzny uda sterczy ku wewnątrz. Obmacanie wykazuje podatność po nad całym guzem, ale chełbotania wyraźnego nie ma. Kłykcie kości goleniowéj dają się łatwo przesuwać w bok na kłykciach kości udowéj, przyczém tarcia nie czuć. Ruchy w stawie kolanowym z powodu bólu utrudnione. Obwód kolana prawego chorego nad rzepką 35 cm. przez środek rzepki 36 cm., pod rzepką 37 cm. Obwód kolana lewego nad rzepką 31 cm., przez środek rzepki 32,5, pod rzepką 31,5. A więc kolano chore znacznie obrzmiałe. Długość obu odnóg równa: 89 cm., od krętarza do kostki zewnętrznéj. Przez chwilę wahaliśmy się, czy mamy wypiłować staw chory, lub stósując się do życzeń chorego odjąć w udzie. Za odjęciem przemawiał przypadek ostatni, tak świeżo jeszcze w naszéj pamięci zapisany. Zdawało nam się atoli, że winniśmy przynajmniéj spróbować wypiłowania, ale zaraz z góry przygotowaliśmy chorego na to, że w razie, gdyby rana po wypiłowaniu nie bardzo się goiła, przystąpimy do odjęcia odnogi w udzie; na co się też chory zgodził. Dnia 4 lutego 1880 wykonał kol. Dr. Wehr w sposób przy poprzednich przypadkach opisany wypiłowania, użyliśmy tylko opaski Esmarcha. Również i oprawa i leczenie pooperacyjne niczém się nie różniło od opisanych. Przepiłowano kość w *diaphysis*. Preparat przedstawia następujące stosunki: Wysokość wypiłowanéj części kości udowéj, przy kłykciu wewnętrznym 5,2 cm., przy kłykciu zewnętrznym 4,7 cm. Wysokość wypiłowanéj części kości goleniowéj na najgrubszém miejscu 2,3 cm. Ognisko kostne: Rozmiękczenie w środku pomiędzy kłykciami kości udowéj. Na kłykciu wewnętrznym daje się część trzonu łatwo od nasady oddzielić. Okostna na trzonie zgrubiała i bardzo łatwo się oddziela. Nader obficie wybujała ziarnina pokrywająca zupełnie powierzchnię stawową; *Recessus* ogromnie rozszerzony; gruzełki w ziarninie.

Przebieg pooperacyjny dobry, jednak długotrwały, odpowiednio do tak znacznych zmian miejscowych i stanu ogólnego nie bardzo pomyślnego. Namieniamy, że wązki pasek płata odumarł, co téż cokolwiek opóźniało wyleczenie. (Podobne odumieranie spostrzegaliśmy często i w następujących przypadkach, gdzie użyliśmy opaski Esmarcha, dla tego w końcu używania jéj zaniechaliśmy. Nie wnioskujemy ztąd, jakoby na pewno winę tego przypisywać należało opasce, ale zawsze uderzyło nas, że w innych przypadkach, gdzie jéj nie użyliśmy, zgorzelina nie nastąpiła).

Pod 13ma opaskami przeciwgnilnemi rana zupełnie się zagoiła, aż do miejsc, gdzie dawniéj sączki wystawały. Ciepłota nigdy nie dochodziła 38,8° C., a na początku 3 tygodnia stała się prawidłową. Dnia 10/5 1880, a więc po trzech miesiącach, począł chory chodzić ze szyną boczną [1]): mała ruchomość w stawie wypiłowanym, stan ogólny znacznie się polepszył. Chory może chodzić bez kija i bez podwyższonego napiętka. Skrócenie wynosi 7 cm. Odnoga stoi w zupełnie prostéj linii.

Przypadek 5ty. Richert Maks., 7 lat liczący, syn obywatela wiejskiego, przybył do kliniki dnia 2 marca 1880. Rodzice i rodzeństwo zdrowi. Przed 4 laty miał chory zapalenie opłucnéj po lewéj stronie; potém był zdrów. W sierpniu 1878 r. zeskoczył ze stogu siana 8 stóp wysokiego i od tego czasu skarżył się na ból w kolanie lewém; w listopadzie zaś poczęło kolano grubieć. Zalecone pędzlowanie *c. tinct. jodi* było bez skutku. Wkrótce utworzył się miękki guzek wielkości orzecha laskowego przy kłykciu wewnętrznym, ale się nie otworzył. W sierpniu 1879 r. leżał chory przez 10 dni w klinice Langenbecka w Berlinie, gdzie założono oprawę gipsową, z którą odjechał do domu; a po 6ciu tygodniach napowrót wrócił do Berlina dla zdjęcia oprawy. Założono szynę boczną, z którą chory po powrocie do domu mógł przez kilka dni chodzić do szkoły; potém musiał pozostać znowu w domu z powodu bólu w kolanie; po pokoju mógł jednak chodzić. Na nowy rok 1880 z powodu pogorszenia udano się znów do Berlina, gdzie zalecono pozostawienie dziecka w klinice. Ponieważ rodzice na to się nie zgodzili, pozostawiono dziecko przy szynie. W tym stanie przywieźli rodzice chorego do naszéj kliniki.

Badanie dnia 2/3 1880: Chłopiec na swój wiek dość dobrze rozwinięty, miernie odżywiony, blady. W przyrządach wewnętrznych nie ma zmian. Odnoga dolna lewa nieco chudsza, niż prawa; w kolanie pod kątem 160° zagięta, wyprostować się nie daje, w ogóle ruchy w chorém kolanie bardzo ograniczone. Kolano lewe zgrubiałe; kłykieć wewnętrzny wystaje nieco ku wewnątrz; kłykcie kości goleniowéj nieco ku tyłowi przesunięte; skóra po nad kolanem niezmieniona; chełbotania ani podatności wyśledzić nie można. Odnoga nie

[1]) Namieniamy przy sposobności, że szyny takie żelazne każdy ślusarz może robić, a nasz ślusarz Ebłowski robi je za 14 marek, podczas gdy w dziennikach berlińskich figuruje kwota 30—45 marek.

jest skrócona, chory chodzi o kuli i dotyka ziemi podstawą paluchów. Obwód kolana lewego chorego 27 cm. Obwód kolana prawego zdrowego 24 cm.

Uwzględniając miejscowe zmiany obok bezskuteczności dotychczasowego leczenia konserwatywnego przystąpiłem dnia 4 marca 1880 r. do wypiłowania kolana chorego, poprzednio założywszy opaskę Esmarcha. Wypiłowanie, jak i leczenie pooperacyjne urządziłem zupełnie podobnie do opisanych. Cięcie resekcyjne trafiło w udzie częściowo chrząstkę nasadową, w kości goleniowéj przechodziło w nasadę po nad chrząstką.

Opis preparatu wypiłowanego: Wysokość części wypiłowanéj kości udowéj przy kłykciu wewnętrznym 2,8 cm., przy kłykciu zewnętrznym 2,6 cm. Od kości goleniowéj wypiłowaliśmy cienką blaszkę. Ogniska kostnego nie można znaleść. Przy kłykciu zewnętrznym kości udowéj mały kawałek wypiłowanéj nasady łatwo się oddziela od chrząstki, tamże tkanka kostna przekrwiona, na odpowiedniém zaś miejscu wewnątrz kość zupełnie blada. Powierzchnie stawowe kości udowéj goleniowéj i rzepki okala dość liczna wodnista ziarnina, przechodząc tu i owdzie na ich brzegi; ale większa część chrząstek nieuszkodzona; gruzełki tylko na niektórych miejscach i mniéj licznie natrafiamy.

Przebieg pooperacyjny był nadzwyczaj pomyślny, z wyjątkiem podwyższenia jednorazowego (dnia 3) na 38,0 ciepłota była zawsze prawidłowa; ropienia wcale nie było. Pod 5 oprawami przeciwgnilnemi rana po wypiłowaniu w przeciągu 38 dni zupełnie się zagoiła z wyjątkiem małego paska na brzegu płata, który przeszedł w gangrenę i wstawanie cokolwiek opóźnił. Dnia 1/5 1880 r., a więc niespełna w 2 miesiące po wypiłowaniu chory począł przy szynie bocznéj chodzić. Dnia 15 maja opuścił zakład, a badanie tegoż dnia wykazało: ranę zupełnie zagojoną, skrócenie wynosi 1,8 cm., chory wybornie chodzi, bez bólu; odnoga zupełnie prosta, w kolanie nie zagięta.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

III.

3. Anatomii patologicznéj kiły układu nerwowego całkowicie jeszcze nie opracowano; to, co dotychczas wiemy, da się streścić jak następuje:

1) Są przypadki wprawdzie rzadkie, w których badanie anatomiczne nie wykrywa zmian żadnych albo tylko takie, które nie mają szczególniejszego znaczenia i przypadów za życia postrzeganych wcale nie tłumaczą. Po dokładném przejrzeniu odnoszących się do nich historyj chorób sądzi Heubner, że są to przypadki okazujące wiele podobieństwa do niedołęztwa umysłowego z porażeniem (*dementia paralytica*), w którém dopiero nowszemi sposobami wykryto pewne zmiany anatomiczne. Toż samo powiedziećby można o ostrém porażeniu dośrodkowém (*paralysis ascendens acuta*), jeżeli rzeczywiście polega na kile. Wątpić zresztą nie można, że przypadki kiły układu nerwowego bez zmian anatomicznych wykazać się dających będą coraz rzadsze.

2) Najczęściéj znajdujemy wyraźne zmiany, które nagabują układ nerwowy wprost albo przenoszą się nań z części sąsiednich, osobliwie kości.

Pierwsze występują albo w substancyi nerwowéj albo w częściach innego rodzaju do niéj należących, tj. naczyniach i oponach a pod względem swego stosunku do kiły są dwojakie: swoiste czyli bezpośrednie, tj. wprost przez kiłę wywołane i następowe czyli pośrednie, które są skutkiem pierwszych.

Tak np. kilak jest swoistą, bezpośrednią zmianą kiłową a ucisk przezeń wywarty na pewne nerwy i wynikłe ztąd skutki są zmianami następowemi, prostemi, które w sobie nie mają nic dla kiły charakterystycznego, bo takież same skutki mogą powstać przez ucisk każdego innego guza. Rozróżnienie to, jak późniéj zobaczymy, pod względem klinicznym nader wielkiej jest wagi.

Nakoniec pamiętać należy, że jakkolwiek różne są objawy kiły układu nerwowego, zmiana anatomiczna przecież syfilityczna w układzie nerwowym nie ma w sobie nic szczególnego, wyłącznie temu układowi właściwego, czyli innemi słowy: zmiany syfilityczne w układzie nerwowym są téż same, jakie spotykamy gdzieindziéj, i przedstawiają tylko takie różnice, jakie pochodzą z osobnych warunków w układzie nerwowym.

Zmiany te w układzie nerwowym polegają na bujaniu nieprawidłowém komórek, z których powstają nacieki mniéj lub więcéj ograniczone albo rozlane. Z nacieków tych powstają stwardnienia (*scleroses*) lub kilaki (*gummata*): stwardnienia wtedy, gdy komórki zachowując swoją żywotność mnożą się i tworzą pewien rodzaj tkaniny wśród pierwocin danemu miejscu właściwych, która potém tężejąc z jednéj strony prowadzi do powstania substancyi mało podatnéj, włóknistéj, z drugiéj do ucisku części wśród niéj zawartych i dalszych ztąd skutków, jak zaniku całkowitego lub częściowego pierwocin prawidłowych. Kilaki zaś powstają wtedy, gdy komórki wybujałe nie mając dostatecznéj żywotności prędzéj lub późniéj obumierają i tworzą masę serowatą, szarą, żółtawą lub czerwono-szarą, w wielu razach nader podobną do gruzełka, od którego zdaniem niektórych nowszych badaczy nie można jéj w wielu przypadkach na pewne rozróżnić, odkąd przekonano się, że ani gruźlica ani kiła nie sprowadzają osobnych zmian anatomicznych im tylko właściwych, i że z téj przyczyny nieraz rozróżnienie jest możebne tylko na podstawie etyjologii, na co mianowicie Cohnheim dla gruźlicy w ostatnich czasach szczególniejszy położył nacisk.

Trzymając się tego ogólnego poglądu na zmiany anatomiczne przez kiłę w układzie nerwowym wywołane łatwo przyjdzie pojąć to, co dotychczasowe badania wykryły na tém polu.

Pod względem miejsca dzielimy zmiany kiłowe w układzie nerwowym na zmiany w mózgu, zmiany w rdzeniu pacierzowym i zmiany w nerwach na obwodzie.

4. Co do mózgu następujące okoliczności zasługują na uwagę:

Naprzód zmiana kiłowa nie nagabuje nigdy całego mózgu, lecz zawsze tylko jego części i ani cała substancyja nerwowa ze swém podścieliskiem, ani całe opony, ani cały układ naczynny w mózgu nie ulegają zmianie kiłowéj, lecz tylko znów ich oddziały.

Dalėj również godném jest uwagi, że prawie zawsze zmiana anatomiczna występuje nie w jedném, lecz kilku

ogniskach pierwotnie lub następowo, i że te ogniska prawie nigdy nie zajmują miejsc symetrycznych w mózgu.

Wszystko to pod względem klinicznym ma bardzo wielkie znaczenie, do którego później jeszcze wrócimy.

Dla lepszego zrozumienia rzeczy zajmiemy się zmianami anatomicznemi naprzód w oponach, następnie naczyniach, nakoniec w substancyi nerwowej mózgu.

5. Zmiany kiłowe w oponach polegają tak samo, jak późne zmiany w różnych innych organach na bujaniu naprzód komórek a następnie ich twardnieniu lub przemienianiu się w kilaki, z czego powstaje, rzec można, zapalenie opon ze stwardnieniem i zapalenie opon z utworzeniem kilaków.

Najczęstszém jest zapalenie ze stwardnieniem, przezco powstają zgrubienia, dochodzące do kilkokrotnego powiększenia pierwotnych wymiarów. Jeżeli zgrubienie jest ograniczone, nabiera nieraz podobieństwa do małych guzów. Skutkiem konsolidacyi tkaniny świeżo utworzonéj nabiera opona barwy białawéj, wejrzenia włóknistego, nawet ścięgnistego. Zgrubienie takie jest zazwyczaj miejscowe, nieraz po wielu ogniskach rozsiane, rzadko bardzo rozległe. Każda z opon może dać początek takiemu zgrubieniu, które atoli powiększając się przechodzi nareszcie z jednych opon mózgowych na drugie i tworzy z nich masę jednolitą, któréj początek zazwyczaj nie daje się wyśledzić, i która ostatecznie prowadzi do zrośnięcia się opon ze sobą lub z mózgiem. Tym sposobem powstaje warstwa tęga, która lubo kile nie jest wyłącznie właściwą, przecież ma nader wielkie znaczenie dla objawów kiły mózgowéj.

Zapalenia opon kilakowe są wprawdzie dosyć częste, jednak o wiele rzedsze, niż zapalenia ze stwardnieniem; występują albo samodzielnie albo łączą się z formą poprzednią. Siedzibą ich jest najczęściéj twardówka, rzadziéj naczyniówka, bardzo rzadko pajęczówka. Z początku można oznaczyć pierwotne miejsce zapalenia; późniéj, gdy zmiana chorobowa zajmuje wszystkie opony, niepodobna dojść, zkąd wyszła pierwotnie.

Zapalenie kilakowe występuje albo w formie rozlanéj tworząc kępki *(plaques)* płaskie, sérowate, żółtawe, rozległości od kilku milimetrów do kilku centymetrów kwadratowych i ma podobieństwo do ropy jakoby zsiadłéj na zwojach lub oponach albo tworząc obrzmienia ograniczone, jak kilaki w innych organach.

Rozmiary tych obrzmień są rozmaite: od wielkości soczewicy do wielkości orzecha laskowego, włoskiego, nawet niekiedy jaja kurzego. Takie kilaki wielkie znajdują się zwykle na podstawie mózgu koło skrzyżowania nerwów wzrokowych. Zazwyczaj bywa ich więcéj niż jeden. Lubo kilaki być mogą w każdém miejscu opon, najczęściéj atoli znajdujemy je na półkulach i na podstawie mózgu, szczególniéj koło siodła tureckiego.

Zapalenie opon jednego i drugiego rodzaju ma nader wielkie znaczenie kliniczne z jednéj strony, ponieważ jest bardzo częste, z drugiéj ponieważ wywiera szkodliwy wpływ na części sąsiednie: nerwy, naczynia i samęż substancyję mózgową.

Wiadomy jest bliski stósunek nerwów wychodzących z czaszki do opon: jeżeli te ulegają przerzeczonym zmianom chorobowym, łatwo przyjść może i rzeczywiście przychodzi do ucisku odpowiednich nerwów, czego następstwem będzie z początku utrudnienie lub zniesienie właściwéj im czynności fizyjologicznéj a późniéj i zmiana anatomiczna, mianowicie zanik; skutkiem jednego i drugiego będą porażenia nerwów wychodzących z czaszki, porażenia, które, jak późniéj zobaczymy, są ważnemi przypadami kiły mózgowej.

Na mózg zmiany opisane wpływają raz przez to, że przy ścisłym związku opon z mózgiem zmiany anatomiczne pierwszych zajmują z czasem samęż substancyję mózgową, powtóre, że powstają zaburzenia w krążeniu krwi w mózgu. Jak wiadomo, zwoje mózgowe odżywiają się krwią z naczyń przechodzących z naczyniówki do mózgu. Jeżeli ta więc ulegnie zmianom chorobowym, łatwo przyjdzie do ucišnienia, zwężenia, nieraz nawet zupełnego zatkania naczyń, przezco krążenie krwi może być upośledzone a nawet zupełnie wstrzymane a rezultatem tego będzie zmiana w odżywianiu substancyi osobliwie szaréj, któréj naczynia są bardzo drobne, zmiana, jak łatwo pojąć, nader wielkiego znaczenia.

6. Zmiany w naczyniach są dwojakie: następowe i pierwotne:

Następowe są skutkiem zmian przez kiłę wywołanych w częściach sąsiednich w ten sposób, że z nich zmiana chorobowa przenosi się na naczynia, albo że je po prostu uciska. O skutkach ucisku na naczynia wspomnieliśmy właśnie. Jest także rzeczą bardzo podobną do prawdy, że naczynia są niekiedy jakoby przewodnikami, po których zmiany kiłowe dostają się do głębszych części mózgu, jeżeli raz pojawiły się na jego powierzchni. Zmiany, o których mowa, dotyczą głównie tętnic, rzadko żył, jak tego Virchow opisał jeden przypadek, w którym przyszło do zakrzepu w zatoce poprzecznéj skutkiem ucisku ze strony zapalonéj twardówki.

Zmiany pierwotne rozwijają się samodzielnie w ścianach naczynnych pod wpływem zakażenia kiłowego i nie różnią się niczém od wytworów kiły w innych organach, polegając na bujaniu komórek, które rychléj lub późniéj prowadzi do stwardnienia lub kilaka.

Zapalenie tętnic ze stwardnieniem rozwija się najczęściéj w ten sposób, że między błoną okienkową a przybłonkiem tętnicy powstaje prawdopodobnie z białych ciałek krwi, które tamże dostały się z naczyń odżywczych, tkanka z komórek gwiaździstych i wrzecionowatych. Tkanka ta powiększa się w dwóch kierunkach: wzdłuż i w poprzek naczynia; w poprzek naczynia tak, że ów naciek opisany mając z początku kształt półksiężyca obejmującego pewną tylko część naczynia powoli szerzy się naokoło naczynia a ponieważ rośnie i dośrodkowo, tém samém naczynie to zwęża. Szerząc się w kierunku naczynia zmiana ta zajmuje coraz dalsze jego części a nawet nagabuje naczynia sąsiednie i nabiera coraz większego znaczenia. Tkanka nowa w ten sposób raz powstała tężeje coraz bardziéj, z miękkiéj i wiotkiéj staje się twardą i niepodatną, kurczy się, co jeszcze bardziéj przyczynia się do zwężenia naczyń.

Makroskopijnie naczynia tak zmienione mają ściany w pewnéj części lub całym obwodzie zgrubiałe, z kępkami rozmaitéj wielkości z nacieklych a następnie przeobrażonych komórek, są twarde, niepodatne i z podłużnego nabierają okrągłego przecięcia.

Kilaki w samych ścianach naczynnych czyli zapalenia kilakowe tętnic są o wiele rzedsze, niż zmiany właśnie opisane. Kilaki takie przedstawiają się jako nacieki żółtawe w ścianach naczynnych w postaci bądź blaszek bądź ziarn okrągłych rozmaitéj wielkości.

7. Na tém miejscu wypada zastanowić się nieco dokładniéj nad znaczeniem opisanych zmian w tętnicach, przy-

czém pozwolimy sobie przywieść na pamięć niektóre daty z anatomii i fizyjologii.

Przerzeczone zmiany występują wyłącznie w tętnicach a łatwo pojąć, że zwężenie tętnic prowadzi do utrudnienia obiegu krwi tak dla tego, ponieważ w naczyniu zwężoném opór dla prądu krwi jest powiększony, jak i dla tego, ponieważ przez utratę podatności i sprężystości naczynia odpada ważny dla regulacyi prądu czynnik. Jeżeli zwężenie wysokiego jest stopnia, przyjść może do zupełnéj obliteracyi naczynia, które przemienia się powoli w twarde pasmo ścięgniste, a tém samém do utraty jego funkcyi i do zakrzepu krwi.

Przerwanie krążenia krwi w pewném naczyniu bądź w jeden, bądź w drugi sposób, nie może pozostać bez dalszych następstw dla substancyi nerwowéj, która, jak jest czułą nawet na sam rodzaj krwi: żylnéj lub tętniczéj, żywo odpowiada na niedostateczny lub wcale wstrzymany dopływ tego koniecznego dla niéj materyjału odżywczego.

Ażeby zrozumieć dobrze następstwa zmian kiłowych w tętnicach, wypada nam zboczyć na chwilę i zatrzymać się nad stósunkiem tętnic do substancyi mózgowéj.

Poszukiwania Heubnera wykazały, że pod względem stósunku drobnych tętnic do mózgu dwa w tym organie odróżnić należy od siebie okręgi: podstawowy i korowy. W okręgu podstawowym, do którego należy substancyja biała na podstawie mózgu i zwoje stanowiące komórki, mamy tętnice końcowe tj. tętnice o średnicy mniéj niż $1/2$ mm. wynoszącéj, które wchodzą w kierunku prostopadłym do mózgu, rozgałęziają się w nim, ale nie łącząc z naczyniami sąsiedniemi przechodzą w naczynia włosowate a następnie żyły. W okręgu korowym dzieje się inaczéj: tętnice dla substancyi szaréj na powierzchni mózgu przeznaczone biegną w naczyniówce, rozdzielają się w niéj na coraz drobniejsze naczynia, które łączą się z naczyniami sąsiedniemi i tworzą sieć, z któréj dopiero wychodzą naczynia już włosowate w kierunku prostopadłym do mózgu.

Z tych stósunków anatomicznych wywodzą się różne dla mózgu następstwa zmian kiłowych w tętnicach; i tak jeżeli zmiana ta dotyka okręgu podstawowego, wtedy bardzo łatwo przyjść może do wszelkich skutków niedostatecznego lub całkowicie wstrzymanego dopływu krwi, które krążeniem oboczném wyrównać się nie może, jedném słowem do zmian w ogólności ciężkich, nierzadko stałych. Zupełnie przeciwnie dzieje się w okręgu korowym; i tam mózg jest czuły na krążenie krwi tętniczéj, ale wstrzymanie jéj dopływu przez jednę tętnicę może sprowadzić tylko chwilowy brak, bo wkrótce reguluje się obieg krwi oboczny przez sąsiednie tętnice i wszystko wrócić może do prawidła.

Nad ważnemi temi stósunkami zastanowimy się jeszcze później; tu tylko dodać wypada, że ostatniemi czasy zaczęto zaprzeczać znaczenia swoistego opisanych zmian w tętnicach, co zresztą dla krążenia krwi jest obojętném. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Zbiór ustaw i rozporządzeń zdrowotnych, obowiązujących w król. Galicyi i Lodomeryi z W. ks. krakowskiém, zebrał, ułożył porządkiem chronologicznym i wydał Dr. Julijan Olpiński w Trembowli. Tom III. Tarnopol 1880; in 8vo str. XV i 378.

Gdy przed 3 laty ukazał się zbiór austr. ustaw sanitarnych Obentrauta, powitaliśmy go (Przegląd Lek. 1877, Nr. 1), pomimo że ogłoszony został w języku niemieckim i pomimo, że zbiór ten uwzględniał po części tylko przepisy, wydane dla poszczególnych krajów koronnych. Że ukazanie się onego było na czasie, dowodzi okoliczność, że znajduje się w rękach wielu lekarzy, a zwłaszcza obejść się bez niego nie mogą lekarze, piastujący urząd publiczny, oraz lekarze, przystępujący do egzaminu rządowego. A jednak zbiór Obentrauta jest niedostatecznym dla lekarza, którego przeważnie obchodzą ustawy obowiązujące w Galicyi, pomijając już, że jest napisany w języku niemieckim.

Dla tego prawdziwa wdzięczność należy się koledze, który śród zajęć zawodowych zdobył się na mozolną, a w naszych warunkach nawet ryzykowną pracę zestawienia wszystkich przepisów sanitarnych, w Galicyi obowiązujących, a przez to dostarczył kolegom dzieła, które nie tylko czyni zbytecznem posiadanie niemieckiego, ale jest nierównie odpowiedniejszém, o ile napisane w języku polskim uwzględnia potrzebę lekarzy galicyjskich. Z tego powodu pospieszamy ze zwróceniem uwagi kolegów na tę książkę, która właśnie ujrzała światło dzienne, a z obowiązku, ciążącego na nas, wywiązujemy się tém chętniéj, o ile Dr. Olpiński ze swego zadania wywiązał się bardzo dobrze.

Jeżeli w ogóle jest zasługą, że lekarz na prowincyi zajmuje się pracą literacką, to zasługa ta jest tém większą, jeżeli praca jest dobrą i pożyteczną dla ogółu. Przyznajemy w prostocie ducha, żeśmy się ucieszyli serdecznie na sam widok książki pokaźnéj, ogłoszonéj przez lekarza prowincyjonalnego w drukarni tarnopolskiéj i żywo pragniemy, aby książka ta była zwiastunką ruchu literackiego, którego dotąd na prowincyi nie było. Przejrzawszy zaś zbiór nabyliśmy przekonania, że posiada i prawdziwe zalety nie tylko pod względem typograficznym i językowym, ale i co do treści saméj.

W przedmowie autor zapowiada, że wszystkie ustawy zdrowotne obejmuje w 3ch działach, którym odpowiadają 3 tomy. W 1szym tomie mieścić się będą ustawy ogłoszone przed pierwszą organizacyją służby zdrowia w r. 1850 w drugim ustawy i przepisy wydane między r. 1850 a 1870, a w ostatnim przepisy najnowsze. Wydawnictwo rozpoczął autor w porządku odwrotnym, ogłaszając nasamprzód tom III, jako zawierający ustawy najnowsze, których znajomość, dla każdego lekarza jest najpotrzebniejszą; tom zaś 1szy i 2gi już znajdują się w druku. W tomie, który mamy przed sobą, spotykamy się z ustawami i przepisami, ogłoszonemi nie tylko przez rząd centralny, ale i przez Namiestnictwo galicyjskie i Wydział krajowy; pod tym względem więc wydanie Dra Olpińskiego wyróżnia się już korzystnie od wydań niemieckich. Drugą zmianą nader praktyczną jest umieszczenie przepisów w porządku chronologicznym, co obok podwójnego spisu: chronologicznego i alfabetycznego znakomicie ułatwia szukającemu odnalezienie natychmiastowe przedmiotu.

Spodziewamy się, że Dr. Olpiński dotrzyma przyrzeczenia i wyda niezadługo dwa pierwsze tomy: wtedy posiadać będziemy w języku polskim zbiór, nierównie lepszy i praktyczniéj urządzony, aniżeli Obentrauta. Znaczenia takiego zbioru zapewne nie lekceważy żaden lekarz, który z ustawami i przepisami sanitarnemi pragnie obznajomić się, zwłaszcza lekarz, który bądź na stanowisku urzędowém, bądź w piśmiennictwie odwoływać się musi do pewnych ustępów ustawy; wiemy z własnego doświadczenia, że nie mając zbioru kompletnego w języku polskim musieliśmy nieraz tłuma-

czyć całe ustępy, co przecież do przyjemności nie należy. Z tego powodu przekonani jesteśmy, że zbiór w mowie będący znajdzie się wkrótce w rękach nie tylko lekarzy, ale i aptekarzy, weterynarzy, urzędników administracyjnych itd., i że wydawca nie pożałuje ani trudu, ani wydatków pieniężnych, łożonych na dzieło ze wszech miar praktyczne, bo potrzebne i dobre. *L. Blumenstok.*

Dr. Bertillon. **O jednéj z dróg któremi szerzą się ospa i dyfteryja. (Rozszerzanie się tych chorób w sąsiedztwie szpitali).**

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

W rozprawach nad wykładem Dr. Bertillona Dr. Brouardel objawił zdanie, że szerzenie ospy odbywa się przez rozpraszanie strupków ospowych. Dowodem tego okoliczność, że czas dżdżysty, gdy powietrze wypłukane ze wszystkich pyłów mniéj téż zawierać musi zarazków, wpływa na zmniejszenie się liczby chorych na ospę. Ponieważ nie podobna znać ogólnéj liczby dotkniętych ospą, Dr. Brouardel mógł więc tylko uwzględniać liczbę zgonów i przedstawił ją graficznie na tablicy wraz z ilością opadów w każdym tygodniu. Gdy okres wylęgania w ospie trwa mniéj więcéj dni 12 a śmierć nastaje najczęściéj około 8—9 dnia, wpływ więc deszczu mógł się zawsze dopiero w mniéj więcéj 21 dni późniéj uwydatnić. Istotnie téż wahania linij przedstawiających zgony i opady nie odpowiadały sobie, ale wahania opadów wyprzedzały o 3 tygodnie wahania w linii zgonów. Tygodniowi dżdżystemu odpowiada w 3 tygodnie późniéj zmniejszenie się śmiertelności, a posusze kilkutygodniowéj wzmożenie śmiertelności.

Dr. Vidal przytoczył na poparcie tych zapatrywań spostrzeżenie ze szpitala w Bordeaux. Naprzeciw szpitala znajdowały się tam koszary. Przypadki śmierci na ospę wydarzały się najczęściéj pomiędzy żołnierzami, którzy zajmowali sale położone naprzeciw sal dla ospą dotkniętych. Dr. Collin również oświadcza się za zapatrywaniami Dr. Bertillona, dalszy jednak powód szerzenia się ospy w okolicy Hôtel Dieu upatruje w usposobieniu pewnéj kategoryi mieszkańców, która w téj dzielnicy wyjątkowo jest liczną, tj. robotników świeżo przybyłych z departamentów, a którzy znajdują umieszczenie w licznych gospodach. Częste zmiany miejsc pobytu tych ludzi powtórnie nieszczepionych oraz nagromadzenie ich tworzą zdaniem Dr. C. grunt przyjazny dla epidemij.

Dr. Blondeau zwrócił jeszcze uwagę na to, że jeżeli przypuścimy prawdziwość zapatrywań Dr. Bertillona: iż zarażenie odbywa się przez strupki, to kierunek wiatrów znaczny wpływ wywierać musi.

W końcu Dr. Vidal przypomniał, że wpływ wielkich szpitali na rozszerzanie się chorób nagminnych objawił się także w czasie epidemij cholery w roku 1832 i 1849.

Nad tymże przedmiotem toczyły się jeszcze rozprawy i na następnym posiedzeniu Tow. med. publ., w których Dr. Vallin zwrócił uwagę na przypadki podobne do opisanych przez Dra Bertillona, a które podają lekarskie dzienniki angielskie. W Londynie w ostatnich czasach założono 5 szpitali specyjalnych dla chorób zakaźnych w ogóle a dla ospy w szczególności. Od czasu ich utworzenia mieszkańcy sąsiednich dzielnic poczytywali je za ogniska epidemij ospy, właściciele zaś sąsiednich domów domagali się zamknięcia tych szpitali i odszkodowania, twierdząc, że domy ich z powodu niebezpieczeństwa i obawy ospy na wartości straciły. Rzecz wytoczyła się przed sądy, które jeszcze stanowczego w téj sprawie wyroku nie wydały.

W czasopiśmie *The Lancet* (w Nrze z 15 maja r. b.), Dr. Godrich zamieścił znów list pełen szczegółów wykazujących, jak szkodliwie szpital Fulham na sąsiednią dzielnicę oddziaływa. Od 3 lat nie ustaje epidemija ospy w sąsiedztwie tego szpitala a ilekroć zwiększa się liczba chorych w szpitalu, tylekroć wzmaga się téż i nasilenie epidemii w sąsiedztwie szpitala mimo, że domy przyległe są nowe, dobrze osuszone a ludność ich schludna, gdy domy daléj położone stare, przepełnione, źle utrzymywane zamieszkuje ludność nędzna i brudna. W czasie nasilenia się epidemii r. 1878 wszelkie przypadki, jakie przychodziły do szpitala, pochodziły z 15 ulic, których okna ku szpitalowi były zwrócone. W celu zapobieżenia rozchodzeniu się przyrzutów Dr. Godrich proponuje przeprowadzać powietrze w salach skażone przez wspólny komin, w którym ciągle żarzyć się będą węgle.

Inni lekarze londyńscy nie podzielają zdania Dr. Godricha i nie upatrują przyczyn téj epidemii w istnieniu szpitala, gdyż domy, w których przydarzyła się większa część przypadków ospy leżą téż koło cmentarza, z równém więc prawem możnaby cmentarz o przyczynianie się do szerzenia epidemii obwiniać.

Z drugiéj znów strony przytacza Vallin przypadki, w których szpitale dla ospowatych nie wywierały szkodliwego wpływu na otoczenie. Rzecz więc nie jest stanowczo rozstrzygniętą, nie powinno to jednak wpływać na porzucenie myśli urządzenia szpitali specyjalnych; należy tylko o pewnych ostrożnościach pamiętać. Nie wystarcza, aby szpitale specyjalne leżały zdala od środka miast, aby były oddzielone od domów sąsiednich szerokiemi bulwarami lub ogrodami, ale trzeba wstrzymywać stósunki, jakie ciągle mają miejsce przez odwiedziny krewnych, przez służbę lub rzeczy, bo w nich tkwi zdaniem Dr. V. główna przyczyna szerzenia się chorób na zewnątrz. Ludność zamieszkująca dzielnicę do szpitala przyległą mieści w nim chorych a ta bliskość ułatwia i wzmaga częstość odwiedzin, być téż może że sąsiednie szynki, w których w wolnych chwilach gromadzą się pielęgniarze z oddziałów dla ospowatych, może nawet bez zmiany sukien, również odgrywają rolę w szerzeniu się epidemij.

W tych odwiedzinach i stosunkach wypada téż może szukać wytłumaczenia tego szerzenia się epidemij koło szpitali a nie tylko w roznoszeniu przyrzutów przez wiatr. Odwiedziny więc chorych w szpitalach dla ospowatych należałoby ograniczyć do tych przypadków, w których lekarz osobne do tego da upoważnienie, jak to ma miejsce w Anglii, nad rzeczami zaś i służbą wypada ścisły rozciągnąć nadzór. Na poparcie tych zapatrywań Dr. Vallina przytoczył Dr. Du Mesnil, że w szpitalu św. Andrzeja w Bordeaux w pobliżu oddziału dla ospowatych znajduje się oddział dla chorób wewnętrznych, a mimo to ospa nigdy nie przenosiła się z pierwszego na drugi. Zdaniem jego w dzielnicy paryskiéj Sorbonne prócz oddziału dla ospowatych, należącego do szpitalu Hôtel Dieu, istnieją inne jeszcze ogniska zarazy; zwraca np. uwagę na zajmujących się czyszczeniem pościeli po zmarłych na ospę, którzy nie zachowują odpowiednich ostrożności i przytacza przypadek, w którym w ten sposób nastało zarażenie. Upatruje on nawroty epidemii ospy po r. 1870 w wchodztwie i w wychodztwie ludności rzemieślniczéj. Po r. 1870, gdy budowy wstrzymano, przeszło 80.000 robotników opuściło Pa-

ryż a ospa znikła, po r. 1872, gdy znów rozpoczęto budowy, przybywający robotnicy nowego dostarczyli materyjału.

W dalszym toku rozpraw Dr. Després wykazuje, że dawniéj, gdy nie było oddziałów dla ospowatych i gdy szczepienie powtórne nie było zalecane, epidemije ospy nie dosięgały takich rozmiarów, jak epidemija r. 1869 i 1870 (przed wojną) w czasie któréj zmierało tygodniowo do 267 osób lub obecna, w któréj liczba zgonów w tygodniu dochodzi do 70, pomimo, że nigdy nie szczepiono tyle co obecnie. Chorzy zarażają się obecnie w oddziałach szpitalnych.

Przeciw zapatrywaniom tego mowcy wystąpił Dr. Collin nie przecząc, że oddziały dla ospowatych w szpitalach powszechnych są nieodpowiedniemi, bo nigdy nie są dość odosobnionemi a sąsiedztwo ich oddziaływa na ludność szpitalną bądź przez służbę bądź przez pościel itd. Odosobnienie dokładne może mieć miejsce jedynie w odrębnych szpitalach dla ospowatych lub w oddziałach posiadających osobne wejścia, służbę, rzeczy od szpitali powszechnych do których należą. Després opiera swe mniemania głównie na łatwości zarażenia, gdy się większą liczbę chorych na ospę razem zgromadzi, biorąc analogiję z niebezpieczeństwa wynikającego z większego nagromadzenia rannych, położnic, gdy rozdzielenie takich chorych tyle przedstawia korzyści. Z ospą jednak inaczéj rzecz się ma, nie tylko można ale należy, w większych przynajmniéj miastach, zakładać odrębne szpitale dla ospą dotkniętych, bo w nich będą się chorzy mieli równie dobrze jak w odosobnionych oddziałach szpitali większych a nie będą dla nikogo stanowić niebezpieczeństwa.

Dr. Proust zwraca uwagę, że dawniéj w szpitalach często stósunkowo zapadali na ospę rekonwalescenci, zwłaszcza po durze, obecnie zaś to się nie zdarza.

W dalszych rozprawach dotknięto jeszcze skuteczności szczepienia i powtórnego szczepienia, któréj Dr. Després przeczył, gdy reszta przemawiających przeciwnego była zdania; nie streszczamy jednak tych przemówień, bo sprawa ta nie zostaje w ścisłym związku z przedmiotem, który dał powód do tych ciekawych rozpraw.

(Według protokółu posiedzeń paryskiego towarzystwa med. publ. w *Revue d'hyg.* 1880 r. Nr. 5 i 6).

Dr. Grabowski.

Uthhoff (w Berlinie). **Przyczynek do kazuistyki chorób ocznych powstałych w skutek chorób zakaźnych.**

Przypominając nasze sprawozdanie z pracy Dr. Trompetera (zob. Przegl. Lek. Nr. 24 z r. b.), dotyczącéj epidemii duru powrotnego w Wrocławiu, podajemy spostrzeżenia Uthhoffa, który badał oczy chorych na dur powrotny, leczonych podczas epidemii z lat 1879 i 1880 w Berlinie na oddziale Dr. Guttmanna.

Zapalenie prawie we wszystkich przypadkach zajęło przodową część naczyniówki, a w pewnéj ilości przypadków powikłane było z zapaleniem tęczówki. Zapalne objawy, a mianowicie nastrzykanie rzęskowe, bóle, łzawienie, i światłowstręt były bardzo wyraźne, w kilku jednak przypadkach wcale nie wystąpiły, w skutek czego właśnie w takich przypadkach, w razie, jeżeli się wziernikiem nie bada, a chory nie jest bardzo inteligentny i nie uskarża się na nieznaczne czasem upośledzenie wzroku, stan chorobowy może ujść uwagi lekarza. Wypocin plastycznych w naczyniówce wcale nie spostrzegano, męty w ciałku szklaném zaś zauważano we wszystkich przypadkach.

Zapalenie naczyniówki występowało bez wyjątku już po przebytym durze powrotnym a więc po ostatnim napadzie i to najrychléj w pierwszym tygodniu w 2 przypadkach, najpóźniéj zaś w trzecim miesiącu. Raz tylko już po wystąpieniu zapalenia naczyniówki miał chory jeszcze jeden napad duru. Zresztą opis obrazu chorobowego w niczém się nie różni od opisu Dra Trompettera, do którego czytelników odsyłamy. Poczucia światła, które badane fotometrem Förstera ma być we wszystkich przypadkach znacznie upośledzone a nawet i w tych, gdzie bystrość wzroku jest prawidłową, nie badano. Leczenie było przeciwzapalne; w 2 przypadkach zastósowano wcieranie szaruchy, morfin i upust krwi.

Najsamprzód zwrócił uwagę na zapalenie przodowéj części naczyniówki po durze powrotnym Wallace (1826) a spostrzegał je podczas epidemii w Irlandyi. Bardzo dokładnie opisuje tę chorobę Mackenzie w r. 1843 pod nazwą *Ophthalmia postfebrilis.* Logeczników spostrzegał w Moskwie 1866 — 1870 przeszło 700 przypadków chorób ocznych po durze powrotnym, a późniéj opisali Estländer epidemiję w Finlandyi, Blessig w Petersburgu, Peltzer w Berlinie, a wreszcie Müller i Larionów epidemije w prowincyjach rosyjskich.

Wreszcie wspomina U. o przypadku zapalenia pozagałkowego lewego nerwu wzrokowego i o drugim przypadku, gdzie wystąpiło porażenie lewego mięśnia zewnętrznego prostego, w jednym i drugim po zimnicy. Pierwszy z tych chorych dotąd chininu nie używał, po zbadaniu powrócił do domu, tak że go daléj obserwować nie można było, porażenie zaś mięśnia u drugiego chorego po zadaniu chininu ustąpiło. Autor sądzi, że w obu przypadkach choroba powstała skutkiem działania zimniczéj istoty zakaźnéj, z czego wynika wskazanie zadawania chininu w takich przypadkach. (*Deutsche medizinische Wochenschrift* Nr. 23, 1880 r.).

Dr. E. Machek.

Wiadomości pomniejsze.

Otrucie chloroformem. W *The Lancet* Nr. XXI, a więc równocześnie z przypadkiem prof. Bryka, opisanym w Przeglądzie Lekarskim, jest krótka wzmianka bezimienna o śmierci w skutek wziewania chloroformu. Kobiecie dobrze odżywionéj, nerwowéj, lecz bez śladów wady serca, wycinano raka prawéj piersi. Rękoczyn (przy użyciu chloroformu) trwał 25 minut, oddech i tętno były dobre. Pierwszym objawem złowrogim była siność nagle występująca przy zakładaniu ostatnich szwów. Wyciągnięto język, zarządzono sztuczne oddychanie, lecz chora umarła w przeciągu trzech minut. Badania pośmiertnego nie było.

Dr. Bogdanik.

(A. O.). Zdaje się, że niektóre twierdzenia, zawarte w ostatniéj pracy Nussbauma, wywołały ruch między zwolennikami antiseptyki. I tak zastanawia się Volkmann w ostatnim Nrze *Centrbtt. f. Chirurgie,* czy może chirurg lub położnik przedsiębrać otwarcie zwłok. Odpowiada on na to pytanie naturalnie twierdząco i motywuje to własném doświadczeniem: co roku bowiem miewa on w lecie od 6—8 rano kurs operacyjny, z którego po krótkim wypoczynku zmieniwszy wierzchnie ubranie i po dokładnéj dezinfekcyi rąk 5% rozczynem kw. karbolowego udaje się do kliniki, gdzie czynny udział bierze tak w opatrunkach jako też i w operacyjach, a mimo to, jak wiadomo, przypadki jego przebiegają zupełnie aseptycznie. Nigdy nie widział on potrzeby zmiany bielizny lub wzięcia całéj kąpieli. Za najważniejsze uważa V., aby wszystko, co się styka z raną, było czystém, i dobrze dezinfekcyjonowaném a więc narzędzia, ręce, narząd

opatrunkowy itd., do każdéj operacyi wkłada on świeżo wypraną kapotę płócienną. Natomiast stanowczo uważa za szkodliwe, jeżeli uczniowie przychodzą wprost z pracowni anatomicznéj bez zmiany zwierzchniego ubrania w pobliże ran, lub co gorzéj badają położnice. Rzeczywiście byłoby to wielką przeszkodą, gdyby dokładna dezinfekcyja rąk nie wystarczała do zniszczenia jadu gnilnego! Natenczas nie mógłby chirurg nie tylko chodzić do sal sekcyjnych i trupów dotykać, ale nie mógłby nawet zajmować się chorymi, którzy cierpią np. na *phlegmone septica* itp. W końcu radzi zamiast żądać rzeczy niepodobnych do wykonania, jak całéj kąpieli i zmiany bielizny, raczéj przestrzegać dokładnéj dezinfekcyi rąk i czystości zwierzchniéj sukni a w tym celu winien według niego każdy lekarz mieć w sztućcu przy sobie flaszeczkę ze zgęszczonym glicerynowym rozczynem kwasu karbolowego, któregoby w każdym przypadku mógł użyć do dezinfekcyi tak siebie jak i opatrzyć się mającego chorego.

ss) Prof. Rühle zastanawia się (*Centralbl. f. klin. Med.* 1880, Nr. 1) nad rozpoznaniem ostréj gruźlicy prosówkowéj. Cierpienie to przedstawia się jako ogólna choroba zakaźna, zazwyczaj bez spółcierpienia opony miękkiej mózgu; postrzegane za życia objawy ze strony mózgu są tylko następstwem gorączki. Tak zw. zaś zapalenie opon na podstawie mózgu (*meningitis basilaris*) trzeba uważać jako ograniczoną gruźlicę prosówkową, która przez sam sposób swego występowania staje się w krótkim stosunkowo czasie zabójczą. W razie wystąpienia obydwu postaci równocześnie, objawy poszczególną postać cechujące mięszają się i wikłają. Wiadomo, że w gruźlicy prosówkowej ogólnéj bardzo cennym objawem jest wielka częstość ruchów oddechowych, bez duszności, obok nieznacznych stosunkowo przypadów fizycznych, bez istotnych stłumień, wśród rozległych rzężeń nieżytowych.

Podobnie i gorączka towarzysząca gruźlicy prosówkowéj têm się różnić zwykła od innych gorączek zakaźnych, że częstość ruchów serca jest niestosunkowo znaczną w porównaniu z podniesieniem ciepłoty. Częstość oddechów i tętna ma zatém pierwszorzędną wartość dla rozpoznania gruźlicy prosówkowéj.

W gruźlicy zaś opon mózgowych zachowanie się ruchów oddechowych i sercowych jest zupełnie innego rodzaju, co również już rychło może nam dać cenne wskazówki co do zbliżającego się cierpienia. Płytkie ruchy oddechowe bywają nagle przerywane głębokim, jęczącym ruchem, długim wdechem, a obmacając uważnie tętno można zauważyć pewne wahania, tak co do jego liczby jako i jakości.

Jeżeli obydwa cierpienia wystąpią równocześnie, natenczas następstwa powyższe nawzajem się znoszą. Wzmiankowane co dopiero nieprawidłowości w ruchach serca i oddechów, zależne od bodźca działającego na podstawę mózgu, znoszą się pod wpływem obwodowego zadraźnienia kończyn nerwu błędnego przez gruzełki prosówkowe w płucach, i na odwrót charakterystyczne następstwa tychże bodźców obwodowych, tj. częstość oddechów i tętna, odpadają, jeżeli równocześnie działa pewien bodziec na podstawę mózgu; dla tego to dla równoczesnego przebiegu obydwu postaci gruźlicy nader nieznaczne i niewyraźne pozostają objawy, tak że nie można tu mówić o pewném pozytywném rozpoznaniu, lecz tylko o rozpoznaniu prawdopodobném drogą wykluczenia.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Do Szanownych Członków Towarzystwa lek. galicyjskiego.

Po kilkuletnich usiłowaniach nastąpiło częściowe połączenie Tow. lekarzy galicyjskich z Towarzystwem lekarskiém krakowskiém, które, jak mniemamy, będzie połączone z korzyścią dla dobra publicznego i stron obydwóch. Szczegóły porozumienia powezmą szanowni Koledzy ze statutu i regulaminu przyjętych na Walném Zgromadzeniu Towarzystwa d. 28 czerwca br. Jeden i drugi nie omieszkamy przesłać każdemu koledze, skoro tylko c. k. Namiestnictwo pierwszy z nich zatwierdzi. Tymczasem zaś, celem uniknienia nieporozumień, uważamy za konieczne zwrócić uwagę szanownych Kolegów na następne okoliczności:

1) Od d. 28 czerwca br. zachodzi między Tow. lek. gal. a Tow. lek. krak. stosunek wzajemności tego rodzaju, że członek czynny jednego z nich, przesiedlając się w obręb drugiego, przechodzi têm samém w poczet jego członków czynnych bez nowéj wkładki wstępnéj.

2) Członkom Tow. lek. gal., zamieszkałym w W. księstwie krakowskiém, którzy wstąpili przed d. 28 czerwca br., przysługują nadal prawa i obowiązki dotychczasowe, dokąd nie należą do Tow. lek krakowskiego; z chwilą zaś, gdy do niego wstępują, pozostaje im tylko tytuł członka korespondującego Tow. lek. gal. (bez praw i obowiązków).

3) Członkom Tow. lek. gal, zamieszkałym w król. Galicyi, którzy przed d. 28 czerwca br. stali się korespondentami Tow. lek. krakowskiego, pozostaje tylko tytuł korespondenta Tow. lek. krak. (bez praw i obowiązków). Opłaty zaś wszelkie wnoszą odtąd tylko do kasy Tow. lek. galicyjskiego.

4) Wkładka roczna w Tow. lek. galicyjskiém wynosi odtąd dla członka czynnego 10 złr. w. a., dla członka zaś korespondującego 3 złr. w. a., jeźli mieszkając za obrębem król. Galicyi i W. ks. krakowskiego, należy równocześnie do Tow. lek. krak.; 10 złr. zaś w. a., jeźli był wprzód członkiem czynnym Tow. lek. galicyjskich, jako taki wyniósł się za obręb król. Galicyi i W. ks. krakowskiego, a życzy sobie zachować nadal prawa, nabyte do funduszu zapomóg i żelaznego. W reszcie przypadków członek korespondujący płaci 7 złr. w. a.

5) Wkładkę roczną winien członek Tow. lek. galic. opłacać z góry, a mianowicie: członek czynny ryczałtem albo w ratach półrocznych lub kwartalnych, członek zaś korespondujący ryczałtem lub w dwóch ratach półrocznych.

6) Wszelkie wpłaty winni członkowie Tow. lek. gal. przesyłać odtąd wprost do kasy głównéj na ręce skarbnika Towarzystwa Dra Smutnego (we Lwowie przy ulicy Kopernikowskiéj, pod l. 1).

7) Organem Towarzystwa jest odtąd „Przegląd Lekarski“, który bezpłatnie otrzymują wszyscy członkowie czynni i korespondujący Tow. lek. gal,, z wyjątkiem korespondentów płacących 3 złr. w. a.

Przy sposobności wyjaśnień powyższych upraszamy nadto szanownych Kolegów, aby zaległości jak najrychléj wyrównać, i dalsze wkładki we właściwym czasie przesyłać raczyli, gdyż z jednéj strony kasa główna obowiązaną jest administracyi organu uiszczać regularnie należytość, przypadającą za egzemplarze, dostarczane członkom wymienionym pod 7, z drugiéj strony zaś po wydzieleniu kwoty, należnéj do funduszu zapomóg, po opłaceniu organu, po oddaniu sekcyjom (1/10) części, przypadającéj na fundusz ich administracyjny, wreszcie po opłaceniu pogłównego na rzecz Związku Towarzystw lek. austryjackich, pozostaje z wkładek rocznych tak mała część do rozporządzenia, że niemogłaby pokryć niedoborów powstających w skutek zalegania członków z wkładkami.

We Lwowie d. 6 lipca 1880 r.

Z Rady zawiadowczéj Tow. lek. galicyjskiego.

Prezes Dr. Biesiadecki. Sekretarz jen. Dr. Merunowicz.

V. List otwarty do Redakcyi Przeglądu Lekarskiego w Krakowie.

Szanowny Redaktorze!

Zabieram się do opisania epidemii ospy, która w końcu przeszłego roku i w pierwszych miesiącach obecnego miasto nasze nawiedziła, zamierzam również porównywać ją z dawniejszemi, które obserwować miałem sposobność, gdyż każda z nich ma w sobie coś właściwego, każda odróżnia się

od innych, o czém już dawniejsi wiedzieli lekarze, a między nimi słynny lekarz angielski Sydenham, który w swych *Opera universa, Londini, editio tertia a. 1705* złożył mnogie a znakomite doświadczenia. Czytając jego opis rozmaitych postaci ospy, przekonałem się, że za jego czasów wydarzały się niektóre pojawy téj choroby częściéj aniżeli obecnie. I tak mówiąc o ospie zlewającéj się *(variola confluens)* podaje, że u dorosłych ślinotok, u dzieci zaś biegunka, stałém bywa znamieniem chorobowém. Otóż jego słowa: *Sunt vero et alia symptomata duo, quae variolis confluentibus accidunt, haud minoris momenti quam vel pustulae ipsae, vel tumor, vel aliud quodlibet e praedictis; Salivatio nempe in adultis, atque in infantibus diarrhoea. Horum prius ita perpetuum se comitem adjungit, ut unicum tantum viderim variolis confluentibus laborantem, nulla superveniente salivatione: Posterius autem nempe diarrhoea, infantes hac specie laborantes non ita certo discruciat. Utrum providens natura has evacuationes idcirco substituerit, quod in pusillo hoc ac humuli genere materia morbifica ita penitus nequeat exterminari, ac in pustulis ipsis majoribus ac magis fastigiatis generis discreti, nullus definio, cum historiam tantum scribam, non solvam problemata.*

Z tego, co się powyżéj powiedziało, okazuje się, że Sydenham dwa te pojawy chorobowe często widywał; ja zaś chociaż kilka epidemij ospy obserwowałem, tylko dwa przypadki ślinotoku podczas ospy widziałem, jeden u dziewczynki 15-letniéj w ospiance, łagodnie przebiegającéj i szczęśliwie po uzdrowieniu zakończonéj, drugi u mężatki 40-letniéj przy zlewającéj się ospie, któréj również towarzyszyła choroba Brighta, u téj choréj niesztowic było pełno w ustach a ślinotok tak był wielki, jak bywa po użyciu rtęci; chora ta w drugim tygodniu choroby umarła.

Drugim pojawem jest biegunka u dzieci, którą Sydenham nawet zbawienną być poczytuje, albowiem na inném miejscu tego samego rozdziału pisze: *Proximo loco, cum in variolis confluentibus haud minus certo infantes diarrhoea comitetur, quam adultos ptyalismus, naturâ, ut supra ostendimus, alterutram harum evacuationum materiae morbificae eliminandae ubique constituente, ut nec hic ptyalismo, ita neque istic diarrhoeae fraenum injicio, cum utrumque ex aequo sit absurdum.*

Wiadomo również, że u dorosłych w porze zwiastunów zlewającéj się ospy chory prócz innych towarzyszących pojawów chorobowych, cierpi na niezmiernie dotkliwy ból lędźwiowy, o którym już Sydenham podaje, że jest *acutissimus dolor in regione lumborum, paroxysmi nephritici aemulus.*“ W takich przypadkach badany przezemnie mocz zawierał zawsze dużo białka, po wystąpieniu zaś ospy białko znikało.

Uważam, że obecnie daleko mniéj osób traci wzrok skutkiem ospy, aniżeli dawniéj; przypisuję to troskliwszemu badaniu i odpowiedniejszemu leczeniu, częstszemu użyciu atropinu, zapobiegającemu wielu chorobom gałki ocznéj.

Wreszcie kolega Dr. Łodziński, lekarz miejski w Myślenicach, który w kilku wsiach powiatu myślenickiego epidemije ospy z łagodnym zauważał przebiegiem, wspomniał mi, że w pewnéj wsi powiatu wielickiego ospie p o d o b n o towarzyszyć miała czerwonka, powikłanie niezwykle i śmiertelność znacznie powiększające.

Wiadomość o tych szczegółach byłaby dla mnie bardzo pożądaną, dla tego śmiem prosić za pośrednictwem Twojém szanownych współtowarzyszów, aby zechcieli listownie podać mi swoje doświadczenia, w tym osiągnięte kierunku.

Kraków dnia 20go czerwca 1880. Dr. Warschauer.

Listy z Londynu.

II.

Zarządy szpitalne. — Sprzeczki w szpitalu Guyowskim. — Mr. Bryant i „Spray System“. — Tysiączna owaryjotomija Spencer Wellsa. — Narkotyzowanie. — Antiwiwisekcyjoniści.

W obec tego, że szpitale powstają i utrzymywane bywają jedynie ze składek, daléj, że chorzy bezpłatnie otrzymują opiekę szpitalną, to także lekarze pełnią obowiązki bez wynagrodzenia. W najnowszych czasach wprawdzie nieco się zmienia postać rzeczy, bo że się tak wyrażę, czynią tu próby z chorymi płacącymi. Tych ostatnich znowu rozróżnia się dwa rodzaje: takich, co płacą według możności, i takich, co całkowite ponoszą koszta. Są to jednak dopiero próby, odbywające się w niektórych szpitalach, lecz zasadą jest leczenie bezpłatne. Dobrodzieje, którzy ofiarowali na jakiś szpital jednorazowo pewną kwotę lub rocznemi składkami fundusz jego zasilają, są członkami towarzystwa, które na rocznych zebraniach rozstrzyga o losach szpitala. Każde takie towarzystwo ma patrona, wice-patrona, kilka patronek, kilkadziesiąt wice-patronek, prezydenta, kilkudziesięciu wice-prezydentów, daléj komitety administracyjne z prezesem, sekretarzem, podskarbim itd. Zazwyczaj sekretarz, a w niektórych szpitalach podskarbi, pełni czynności dyrektora. Rządy spoczywają zatém wyłącznie w rękach nielekarzy, którzy nieraz w skutek niewiadomości lub złéj woli doprowadzają do zajść, jakich widownią był w przeszłym tygodniu szpital Guya.

Już od kilku miesięcy dyrektor (podskarbi) tegoż szpitala i przełożona posługaczek nie chcieli stósować się do przepisów lekarzy co do żywienia i obchodzenia się z chorymi Uwagi lekarzy były bezskuteczne. Smutny ten stan rzeczy podnosiły dzienniki lekarskie, lecz i to nie odniosło pożądanego skutku, owszem przełożona posługaczek również w pismach publicznych (*Nineteenth Century*, *Contemporary Review)* odpowiedziała, że wie lepiéj aniżeli lekarze, czego chorym potrzeba. Daléj podniosła przełożona, że uczniowie medycyny, uczęszczający do szpitala, dopuszczają się rozmaitych karygodnych czynów z posługaczkami. Studenci nie pozostali obojętnymi na taką zaczepkę, wytupali podskarbiego a przełożoną nazwali łgarką. Dalszém następstwem było, że podskarbi zawiesił czynności lekarzy i odwołał się do komitetu. Komitet przywrócił lekarzy do ich czynności, ale jeszcze stanowczych uchwal nie powziął. *The Lancet* domaga się usunięcia podskarbiego, na którego niekorzyść i to przemawia, że były prezydent niezadowolony jego postępowaniem godność swoją złożył. Słuszna jednak zachodzi obawa, aby nie zabroniono uczniom wstępu do tego szpitala, który jest jednym z największych w Londynie, bo ma przeszło siedmset łóżek, podczas, gdy niektóre mają zaledwie kilkadziesiąt.

Jeden z chirurgów tegoż szpitala Mr. Bryant ogłosił w *The Lancet* Nr. XXIII, wynik leczenia z 2 lat w 90 przypadkach cięższych. Występuje on przeciwko twierdzeniu, aby tak zwany przez niego „Spray system“ zapobiegał gorączce, bo on i bez mgły karbolowéj miał piękne wyniki. W 30 przypadkach ciepłota nie dochodziła do 100° lub 102°F (=37·8°C). W 33 przypadkach doszła do 100° lub 102°F, ale tylko dwa dni utrzymywała się na tym stopniu; w 14 przypadkach dopiero dnia trzeciego po operacyi było podniesienie ciepłoty a w 10 przypadkach czwartego, piątego

lub szóstego dnia; 3 przypadków nie uwzględnia, bo były powikłane z chorobami wewnętrznemi. Śmierć nastąpiła w pięciu przypadkach. Mr. Bryant, autor chirurgii bardzo wziętéj, operuje i opatruje bez mgły karbolowéj. Namienić jednak winienem, że sobie myje ręce przed przystąpieniem do stołu operacyjnego, a narzędzia i gąbki dokładnie bywają czyszczone w wodzie karbolowéj. Przy operacyi na odnogach używa opaski Esmarcha, naczynia krwawiące okręca lub podwięzuje katgutem i oczyszcza ranę gąbkami zamaczanemi w ciepléj wodzie zawierającéj nieco tynktury jodowéj. Brzegi rany spaja jedwabiem lub drutem i zakłada dren. Do opatrywania używa płatków (lint) zamaczanych w rozczynie olejku terpentynowego i oliwy *(ol. terebinthinae, ol. olivarum 1:5)*, na to kładzie pokład gazy lub waty, czasem gąbkę i lekko uciska opaską zazwyczaj flanelową. Następnie chorego przenoszą do sal odpowiadających wszelkim warunkom higijenicznym. Opatrunki zmienia jak najrzadziéj, przyczém przestrzega, aby ranę jak najmniéj drażnić. I w ciągu dwóch lat nie miał ani pyemii ani róży. Inni operatorowie rzeczonego szpitala jednak nie idą za przykładem Bryanta, używają mgły karbolowéj i opatrunków listerowskich. Oprawie listerowskiéj poświęcę słów kilka w liście następnym, w którym zamierzam pomówić nieco o Listerze. Nie od rzeczy jednak będzie wspomnieć, że Spencer Wells niedawno temu wykonał tysiączną owaryjotomiję; chora dotąd ma się dobrze. Z tego tysiąca owaryjotomij wykonał on ostatnich 212 antiseptycznie. I na podstawie swego olbrzymiego doświadczenia ogłasza, że ma teraz wyniki lepsze, że powrót do zdrowia jest szybszy i że się unika gorączki. Dobrych tych wyników nie przypisuje on tylko mgle karbolowéj, ale opatrunkom antiseptycznym.

The Lancet w N. XXI podaje przypadek śmierci z chloroformu. Był to już piąty przypadek tego roku zanotowany. Sądzę, że sposób, w jaki się tu stósuje chloroform, niewątpliwie się przyczynia do częstych tych przypadków. Myśmy przyzwyczajeni do stósowania chloroformu z wszelką ostrożnością. W Londynie wielu używa dużego balonu elastycznego, połączonego z osadą, która szczelnie przylega do twarzy chorego tak, że on oddycha tylko tą ilością powietrza, która jest zawartą w balonie i wystarcza tylko na jeden głęboki wdech. Do balonu wsuwa się gąbkę napojoną chloroformem. Chory przez to usypia szybko, bo nietylko zatruwa się chloroformem, ale i dusi w skutek braku tlenu. Lecz przyznam się, że mnie zawsze trwoga ogarnia na widok przypadów duszenia. Do narkotyzowania zaczynają także używać bromku etylu *(bromide of ethyl)*, który podobno działa szybko, nie drażni skóry i nie wywołuje tylu przypadów ubocznych, co eter lub chloroform. Sam nie miałem sposobności przekonania się o zaletach rzeczonego przetworu, ale że on w skutkach podobny do chloroformu, o tém świadczy przypadek śmierci opisany w *Philadelphia Medical Times* z dnia 5 czerwca rb.

Tutejsze towarzystwo antiwiwisekcyjne dzielnie walczy przeciwko doświadczeniom na zwierzętach. Chcąc czynić podobne doświadczenia potrzeba osobnego pozwolenia, w którém bywa wyszczególnione, w jakim celu i w jaki sposób doświadczenia odbyć się mogą (zazwyczaj w narkozie z obowiązkiem zabicia zwierzęcia). Ze sprawozdania inspektora na rok 1879 widać, że w tym roku udzielono w Anglii trzydzieści sześć pozwoleń, lecz tylko dwudziestu sześciu korzystało z pozwolenia i ci wykonali 270 wiwisekcyj; z tych 61 dla wykładów uniwersyteckich a 35 bez użycia narkotyków. Pan inspektor podaje, że aż w 25 przypadkach narażono zwierzęta na cierpienie, a mianowicie 15 zwierząt zachorowało po zaszczepieniu istoty zakaźnéj, a w 10 przypadkach wstrzyknięto zwierzętom (żabom) leki pod skórę dla doświadczenia. Co to za okrutni ludzie ci lekarze angielscy. Dla nędznéj nauki dręczą i krają biedne zwierzęta. To oburzyć musi ludzkie uczucia, przecież i zwierzęta ból czują. W przeszłym miesiącu było zebranie roczne towarzystwa antiwiwisekcyjnego (*Antivivisection Association*), na którym dla zapobieżenia temu zapadła uchwała: „wezwać parlament, aby zupełnie zabroniono doświadczeń na zwierzętach“. Można się zatém spodziewać, że dla Anglii to pole pracy zupełnie będzie niedostępne, bo już teraz utrudnienia są znaczne. Pozwolenie uzyskać trudno, i często interesowani otrzymują je tak późno, że z niego więcéj korzystać nie mogą. Wszystkiego tego przyczyną przesadna troskliwość o żaby i króliki, które paść mają o f i a r ą n a u k i. Lecz z drugiéj strony ci sami członkowie towarzystwa antiwiwisekcyjnego nie robią sobie żadnych skrupułów, że ryby nabiją na wędki, że zającowi lub jeleniowi wpakują szróty pod skórę i pozwolą mu potém leczyć się na puszczy, że podczas wyścigów konie i jezdzcy nogi łamią. Takim wiwisekcyjom tysiące widzów się przypatruje, bo to d l a z a b a w y. A cóż dopiero mamy powiedzieć o urazowych epidemijach, jak Pirogow nazywa wojny? Czyż to nie są wiwisekcyje dla tego, że dokonywane na ludziach?

Dr. Bogdanik.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Od jednego z kolegów otrzymujemy następujące uwagi, będące bardzo na czasie:

„Komisyja budżetowa Sejmu wysila się nad zniżeniem preliminarza na wydatki sanitarne i wydatki natury humanitarnéj, które pochłaniają około 28% całego budżetu. Dzięki jéj należą za to, bo tylko przez zrównoważenie dochodów z wydatkami daje się osiągnąć porządne gospodarstwo w kraju i zdrowy rozwój jego we wszystkich kierunkach.

Na wydatki czysto szpitalne rocznie wydaje się około 600.000 złr. Jest to bardzo znaczna suma na kraj nasz ubogi, przyciśnięty ogromnemi podatkami na potrzeby państwowe. Lecz przynajmniéj wydatek ten usprawiedliwia świetny stan wszystkich szpitali, które pod kierunkiem autonomicznego zarządu przyszły do znakomitego rozwoju. Rzeczywiście nie ma ani jednéj gałęzi gospodarstwa krajowego, gdzieby postęp był tak widoczny i osiągnięty w tak krótkim stosunkowo czasie. Nastała teraz chwila oszczędności i powolnego ruchu naprzód.

Wszyscy powinniśmy myśleć o zaoszczędzaniu się, gdy kraj tego wymaga. Lecz i oszczędność musi być rozumną, bo źle zastósowana więcéj szkody niż korzyści wyrządzić może.

Słyszeliśmy, że w widokach oszczędności niektórzy posłowie chcą postawić wniosek o zniesienie filij dla obłąkanych w Żółkwi i Przemyślu. Taka oszczędność jest nie tylko źle pomyślaną, ale może pociągnąć fatalne następstwa dla tych dwóch pięknych zakładów na prowincyi. Że tak jest istotnie, postaramy się wykazać cyframi.

Według sprawozdania Wydziału krajowego utrzymanie jednego chorego na umyśle w Kulparkowie kosztuje przeciętnie 97·2 cent. dziennie. Utrzymanie więc 150 chorych (gdyż taka liczba znajduje się w Żółkwi i Przemyślu) kosztowałoby w Kulparkowie rocznie zwyż 50.000 złr. Ponieważ w Przemyślu taksa utrzymania obłąkanych wynosi 50 cent. a w Żółkwi 60 cent. dziennie, utrzymanie tam téjże saméj ilości chorych będzie kosztować tylko 29 tysięcy złr., to jest o 21 tysięcy taniéj. Przytém dodać należy, iż utrzymanie ich na prowincyi nie jest gorsze niż w Kulparkowie, gdyż do nich stósuje się taż sama norma żywienia jaką zatwierdzono dla Kulparkowa.

Może kto powie, że nie potrzeba tych filij, bo Kulparków wystarczy na wszystkich obłąkanych w kraju. Sprawozdanie

Wydziału krajowego pokazuje, że tak nie jest i że potrzeba dwa razy tyle łóżek w zakładach ile mamy, żeby ulokować tylko tych chorych na umyśle, którzy mogą szkodzić społeczności. Lecz jeżeli w celu oszczędności musimy ograniczyć przyjmowanie obłąkanych, ograniczenie takie powinno dotknąć te zakłady, w których utrzymanie chorych jest droższe, a nie te, gdzie jest tańsze. Z porównania kosztów widać, że za też same pieniądze można w Przemyślu i Żółkwi utrzymać dwa razy tyle chorych jak w Kulparkowie. Oczywiście więc lepiéj zmniejszyć ilość chorych w Kulparkowie, jak w filijach istniejących na prowincyi.

Powiedzieliśmy wyżéj, że zniesienie filij w Przemyślu i w Żółkwi może zadać cios śmiertelny tym szpitalom. Rzeczywiście dwa te miasta znacznie rozszerzyły swe szpitale dla pomieszczenia obłąkanych. Rozszerzenie to kosztowało wiele pieniędzy, a urządzenie wiele trudu i kłopotów. Zniesienie filij zmniejszy budżet szpitalny więcéj niż na połowę, a na pozostałą mniejszą połowę padnie ciężar utrzymania ogromnego, niezajętego przez nikogo budynku. W krótkim więc czasie zakłady te mogą upaść i z najlepszych stać się najgorszemi.

Tego rezultatu jesteśmy pewni że nikt sobie nie życzy, a to nastąpi koniecznie jeżeli zapadnie uchwała zniesienia filij dla obłąkanych w Przemyślu i Żółkwi.“

Statystyka epidemij. Ospa w tygodniu 25 nie zmieniła się stanowczo w Londynie. Umarło 6, leczyło się w szpitalu 238, świeżo zapadło 50. W Wiedniu umarło 10, w Bukareszcie 9, w Tryjeście 7, w Petersburgu 5, w Aleksandryi 20, w Madrycie 16, w Pradze 11, w Rzymie 4. Z płonicy umarło nieco więcéj w Stokholmie. Epidemija tyfusu przełamała się w Paryżu, umarło 19. Za to więcéj umarło z tyfusu w Petersburgu. W tygodniu 26 umarło w Krakowie: 1 z ospy, 1 z płonicy, 1 z duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 25 umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 34,3; w Warszawie 22,3; w Poznaniu 33,2; w Wiedniu 26,6; w Budapeszcie 42,2; w Pradze 38,5; w Tryjeście 38,5; w Berlinie 24,2; w Wrocławiu 33,3; w Mnichowie 35,1; w Dreźnie 17,7; w Lipsku 19,7; w Bazylei 17,3; w Brukseli 21,4; w Paryżu 26,8; w Londynie 17,7; w Kopenhadze 20,6; w Stokholmie 25,2; w Chrystyjanii 21,4; w Petersburgu 52,7; w Rzymie 30,3; w Wenecyi 20,3; w Bukareszcie 29,9; w Madrycie 37,3; w Barcelonie 25,5; w Aleksandryi 47,6; w Nowym Jorku 25,4; w Bombayu 34,1; w Madrasie 36,6.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 lipca. Dr. Maresch, dyrektor zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie, podał się do dymisyi i takową otrzymał.— Nie znamy bliższych szczegółów, ale też w takowe nie wchodzimy; dla nas wystarcza, że usunął się kierownik, który nie był w stanie utrzymać ładu, tyle pożądanego w takim zakładzie. Powołanie Marescha okazało się niekorzystném; nie obwiniamy Wydziału krajowego, bośmy wszyscy przyklasnęli w swoim czasie temu wyborowi; teraz Wydział krajowy ma przed sobą nader trudne zadanie, musi więc dobrze zastanowić się, zanim poruczy komu posadę stałą, tak ważną; od znalezienia odpowiedniego kierownika zależy istnienie zakładu, i tak już z lyskredytowanego, a więc *caveant consules!*

* Dziekanem Wydziału lek. w Krakowie na rok przyszły wybrany został prof. Dr Piotrowski.

* *Dwutygodnik med. publ.* uznał za stósowne, pożegnać się nie tylko ze swymi współpracownikami, ale i z nami. Mówi o dzieleniu się łupami, o pochłonięciu obfitéj zdobyczy itd., a zapomina, że na czele numeru ostatniego sam powiada, iż zgladzenie jego uchwaliło Towarzystwo lekarzy galic., którego był organem, jeszcze pod koniec r. z. My świadczymy się czytelnikami naszymi, żeśmy nigdy pisma tego nie zaczepiali, żeśmy się tylko bronili w razie doznanéj zaczepki. Dziś wolimy nawet pominąć milczeniem ostatnią zaczepkę tak nieuzasadnioną, ale uspokoić musimy b. redaktora, że nie zamierzamy wcale nadużywać ani wyłącznego panowania w piśmiennictwie peryjodyczném lekarskiém w Galicyi, ani błogiego spokoju, za którym bardzo wzdychamy, bo błogiego spokoju zwykliśmy używać do pracy.

* Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galic. wybrała komisyję, składającą się z koll. Merunowicza, Jasińskiego i Pawlikowskiego, mającą się zająć wyszukaniem miejscowości, któreby w kraju naszym kwalifikowały się na uzdrowiska kąpielowe lub klimatyczne. Komisyja ta udała się przedewszystkiém do lekarzy powiatowych w okolicach górskich i podgórskich z odezwą i prośbą o wskazanie odpowiednich miejscowości. Po otrzymaniu spisu takowych Komisyja zamierza udać się do właścicieli tych miejscowości z zapytaniem, ilu gości mogłoby znaleść tamże pomieszczenie. Nie wątpimy, że w kraju naszym znajdą się liczne miejscowości, w zupełności odpowiadające warunkom, jakich wymagamy po uzdrowisku klimatyczném.

* Dowiadujemy się, że prof. Hueter w Gryfii pracuje nad podręcznikiem chirurgii ogólnéj i szczegółowéj, którego tom I wyjdzie już w październiku rb.

* **Warszawa**. Sprawa słownika lekarskiego, którego druk wkrótce ma się rozpocząć w Krakowie, będzie wniesioną na posiedzeniu tutejszego Towarzystwa lekarskiego w d. 6 bm. a to celem wysłuchania sprawozdania i proponowanego memoryjału, jakie w tym celu wyznaczony komitet wypracował. Ze względu na nagłość i ważność téj sprawy spodziewać się należy, że pomimo wyjazdu na wypoczynek niektórych członków, pozostali w mieście licznie się zgromadzą na tém posiedzeniu.

Kol. Chrostowski Bronisław i Kossowski Cezary pozyskali stopień doktora medycyny w tutejszym uniwersytecie po obronie w tym celu napisanych rozpraw. (*Medycyna*).

* W Cieplicach czeskich do d. 4 bm. bawiło gości kąpielowych 4924.

+ **Karlsbad** 3 lipca. Do dziś dnia było osób 14,081, o 1183 więcéj niż do tegoż dnia r. z. Przez pierwsze cztery dni tygodnia pogoda jednostajna z ciepłotą 15 R.° która w trzech ostatnich dniach utrzymywała się na wysokości 20° R., w cieniu, dochodząc na słońcu do 31° R. 1/7 orzeźwił powietrze i spragnioną ziemię deszcz nawalny, ciepły, 2 godzin trwający.

* **Nekrologija**. D. 1 bm. umarł w Giessen wysłużony profesor farmacyi Dr. Phöbus, znany i u nas, ponieważ kilka rozpraw jego przetłumaczył na język polski śp. prof. Skobel.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 27: Dunina: Spostrzeżenia nad epidemiją tyfusu powrotnego, panującą w Warszawie w 1879 do 1880 r.; Dymnickiego: Sprawozdanie z Buska (c. d.)

Piśmiennictwo lekarskie. BÉRINGIER G. Étude sur quelques formes de paralysies dans la phthisie pulmonaire chronique. 8 Paris, Delahaye Fr 2½.

BILLROTH, Th. Die Krankheiten der weiblichen Brustdrüse. M. 8 Tfln. u 55. Holzschn. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 5 60.

CHAUVET, Ch. Influence d. l. syphilis sur les maladies du systéme nerveux central 8. Paris. Delahaye Fr. 3½.

CHOQUET, De l'emploi du chloral comme agent d'anesthésie chirurgicale 8. Paris, Delahaye. Fr. ½.

FORT J. A., Résume de pathologie et clinique chirurgicales. 2. éd. Av. 122 fig. 32 Paris. Delahaye. Fr. 5

HEIDENHAIN R, Der sogenannte thierische Magnetismus. 4. Aufl. gr. 8. Leipzig, Breitkopf et Härtel. M. 1. 80.

HIRSCH A. u M. SOMMERBRODT Mittheilungen üb. d. Pest-Epidemie in Winter 1878—79 im russischen Gouvernement Astrachan. Mit 1 Karte. gr. 8 Berlin, C. Heymann's Verl. M. 3.

HIS W, Anatomie menschlicher Embryonen. I. Embryonen des ersten Monats. Mit 17 Holzschn. u. Atlas (enth. 8 Tfln. in gr.-Fol.) gr. 8. Leipzig, Vogel. M. 30.

HOURLIER. De la mort du foetus dans les derniers mois d. l. grossesse avant le travail 8. Paris, Delahaye. Fr. 3.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 29360.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

W myśl uchwały Sejmu Królestwa Galicyi i Lodomeryi z Wielkiém Księstwem krakowskiém z dnia 25 maja 1875 r. Wydział krajowy rozpisuje niniejszém konkurs na posadę Dyrektora zakładu dla obłąkanych na Kulparkowie (obok Lwowa).

Dyrektor tego zakładu będzie wykonywać bezpośredni zarząd zakładu w sprawach lekarskich, administracyjnych i gospodarskich, a oraz pełnić obowiązki naczelnego lekarza.

Dyrektor jest urzędnikiem zakładu

Ustanowa służby krajowéj tudzież §. 4 i 9 uchwały Sejmu z d. 3 stycznia 1874 r., stósują się do niego o ile statut zakładu uchwalony przez Sejm na dniu 25 maja 1875 r. nie rozporządza inaczéj.

Dyrektor jest obowiązany mieszkać w zakładzie.

Dyrektorowi wolno po za obrębem zakładu wykonywać praktykę lekarską tylko o tyle, o ile jego obowiązkowa służba w zakładzie przez to nie ucierpi, natomiast nie wolno mu zakładać i utrzymywać prywatnych zakładów dla umysłowo chorych lub przyjmować obowiązki lekarskie w podobnych zakładach.

Ubiegający się o posadę Dyrektora, ma posiadać stopień doktora medycyny i mieć wykształcenie teoretyczne i praktyczne w psychijatryi.

Przy obsadzeniu posady Dyrektora wolno Wydziałowi krajowemu nie zważać na wiek §. 3 ustanowy służby krajowéj wymagany.

Pobory z posadą Dyrektora połączone są następujące: *a)* płaca roczna 2.200 zł., *b)* pomieszkanie z opałem, c) dodatek pięcioletni 300 zł. w. a.

Ubiegający się o powyższą posadę winni w swych podaniach zamieścić krótki opis życia, dołączyć metrykę urodzenia i wykazać się z ogólnego i szczegółowego swego uzdolnienia wyżéj wymaganego.

Zwraca się oraz uwaga ubiegających się, że nowo wstępujący do służby krajowéj kandydat otrzyma nominacyję stałą dopiero po upływie roku i to w tym tylko razie, jeżeli w ciągu téj prowizorycznéj rocznéj służby wszelkim warunkom służby odpowie.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wnieść swe podania najdaléj **do 25 lipca 1880 r.** do Wydziału krajowego, a jeżeli obecnie w służbie publicznéj zostają, przez bezpośrednio przełożoną władzę.

Z Wydziału krajowego.
Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wiel. ks. krakowskiém.

We Lwowie dnia 2 lipca 1880 roku.

W administracyi Przeglądu Lekarskiego

znajdują się do pozbycia następne dzieła oprawne:

WIGAND. Lehrbuch der Pharmacognosie 1874. 3 złr.
KRAUS. Compendium der neuesten medizinischen Wissenschaften. 1875 4 złr.
BRAUN. Compendium der Frauenkrheitn. 1863. 2 złr.
SPIELMANN. Diagnostik der Geisteskrankheiten. 1855. 1 złr. 80 cnt.
NIEMEYER. Pathologie u. Therapie 1865 2 tomy 7 złr.
Wiener med. Presse (opr.) 1872 2 złr.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 17 lipca 1880. № 29. Rok XIX.

TREŚĆ: I. KACZOROWSKI. Przyczynki do przetoczenia krwi do jamy otrzewnowéj. — RYDYGIER. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowéj (C. d.) — III. *Oceny i sprawozdania*: SKÓRCZEWSKI. Dyjetetyka kąpielowa czyli nauka, jak zachować się należy podczas leczenia w zdrojowiskach. MANZ. CHARCOT. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Posiedzenia towarzystw:* Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. (Dok.) — V. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. Przyczynki do przetoczenia krwi do jamy otrzewnowéj.

Podał Dr. Kaczorowski.

Przetoczenie krwi, czy do żyły czy do tętnicy, nie rozpowszechniło się pomiędzy lekarzami, pomimo zbawiennéj pomocy, jaką w licznych przypadkach niedokrewności przyniosło. Stawa mu na przeszkodzie raz nie łatwa wcale rzecz samego rękoczynu, po drugie niebezpieczne przypadłości, bezpośrednio z niego wynikające, już to z powodu przedostania się powietrza do obiegu krwi, jużto nagłych zaburzeń powstających w szlachetniejszych narządach, mianowicie w mózgu, skutkiem nagłego napięcia naczyniowego. Jakkolwiek pierwszemu niebezpieczeństwu zaradzono udoskonaleniem przyrządów do transfuzyi przeznaczonych, na drugie nie podobna znaleść środka. Celem ominięcia wszelkich owych trudności, Ponfick, profesor anatomii patologicznéj w Wrocławiu, podał nowy sposób przetoczenia, polegający na wstrzykiwaniu odwłóknionéj krwi do jamy otrzewnowéj.

Metodę swoją uzasadnił poprzednio doświadczeniami na zwierzętach wykonanemi, ogłoszonemi już r. 1877 przez Dr. Corduę w rozprawie: *Ueber den Resorptionsmechanismus von Bluterguessen.* Wynikiem tych doświadczeń było stwierdzenie, że krew wprowadzona do jamy brzusznéj zwierzęcia w przeciągu kilku dni bez śladu wessaną zostaje i to bez szkody dla zdrowia aż do 95% wagi ciała, jeżeli krew wziętą była ze zwierzęcia tego samego gatunku, nie mniéj bez ukazania się w moczu hemoglobinu, powstającego regularnie w razie zaszłego w krwi rozkładu czerwonych jéj ciałek. Wnosząc ztąd o przedostawaniu się czerwonych ciałek wstrzykniętéj krwi do samego obiegu, zastósował Ponfick ten sposób w 4 przypadkach chorobowych z razu z pomyślnym skutkiem. Rzeczywistego zaś dowodu przechodzenia czerwonych ciałek krwi do krążenia dostarczył dopiero nasz Obaliński bardzo mozolnemi doświadczeniami na psach i królikach podjętemi, a ogłoszonemi w Przeglądzie Lekarskim r. b. Nr. 9 i 10. Potwierdził bowiem nie tylko postrzeżenia Ponficka o zupełném wessaniu wstrzykniętéj do jamy otrzewnowéj krwi sposobem makroskopijnym, oznaczając nadto chyżość wessania, (wykazał bowiem, że w 48 godzin po wstrzyknięciu zaledwo ślad, a po 90 godzinach już ani ślad przetoczonéj krwi w jamie brzusznéj się nie napotykał, zkąd wyrachował, że w godzinie na jeden kilogram wagi zwierzęcia przeszło 0,5 krwi się wsysa), ale na zawsze rozstrzygnął kwestyję przechodzenia czerwonych ciałek z jamy otrzewnowéj do krążenia, mikroskopijnym sposobem licząc czerwone ciałka w danéj ilości krwi, zebranéj najprzód w stanie prawidłowym używanych do tych doświadczeń psów, następnie po upuszczeniu pewnéj ilości krwi, a nareszcie po wstrzyknięciu krwi do jamy brzusznéj. Po ostatnim rękoczynie rachując w pewnych ustępach czasu czerwone ciałka krążącéj krwi, skonstatował stopniowe ich z każdą godziną przybywanie trwające dopóty, dopóki wedle makroskopijnego obrachunku wszystka wstrzyknięta krew wessaną nie została.

Wsparty na tych doświadczeniach, dowodzących istotnego choć powolnego przechodzenia żywych, nierozpadających się ciałek krwi z jamy otrzewnowéj do naczyń krwionośnych, wykonałem w przeciągu ostatnich dwóch miesięcy pięć razy przetoczenie w mowie będące w przypadkach przewłocznéj niedokrewności.

O pierwszym przypadku zdałem już w części sprawę na zebraniu zwołaném z okoliczności goszczenia w mieście naszém nestora okulistów polskich, wielce szanownego prof. Szokalskiego; ze względu na zamiejscowych kolegów jednakże pozwolę go sobie powtórzyć choć w krótkiém streszczeniu.

Przypadek I. Niewiasta, 21 lat licząca, która prócz przebyłego w 12 roku życia zapalenia okostnéj lewéj goleni, zakończonego częściową martwiną téjże kości i wypiłowaniem po 4 latach odsłoiny, nie przechodziła ważniejszych chorób; zaszedłszy w ciążę poroniła w trzecim miesiącu. Trzeciego dnia po odejściu płodu wszczęła się silnym dreszczem choroba gorączkowa, połączona z mdłościami i wymiotami bez żadnych ściśle umiejscowionych dolegliwości.

Dnia 2 marca, a 3go choroby, wieczorem przywołany na naradę lekarską, zastałem stan następujący: Osoba silnie zbudowana, bardzo dobréj tuszy, cery blado żółtawéj, apatyczna, narzeka na nudności i ból krzyża. T. 41,1, p. 120 od. 30. Wzdęty nieco brzuch pod naciskiem w dolnéj części trochę dolegliwy, macicę nad spojeniem kości łonowych wymacać można, palec wskazujący łatwo wchodzi do jamy maciczněj, z któréj wydziela się dość obfita ilość ropiastego śluzu żółtawego, niecuchnącego. Śledziona wystaje po przed liniję pachową na 5 cm., stolec zaparty od 3 dni, mocz niezbyt skąpy, ciemno-czerwonawy, mętny, zawiera białko, wałeczki włóknikowe i czerwone ciałka krwi. Rozpoznano ostre zapalenie nerek i śródmacicza, przypuszczając możliwość, że pierwsze wywołane zatorem pochodzącym z rozpadłych skrzepów w żyłach połogowéj macicy. Zalecono: *Ol. Ricin.*, *Irrigationes vaginae c. Acid. carbolic. soluto. Natr. benzoic.*, *vinum*. 3/3 ciepł. r. *39,0*—w. *40,0*. 4/3 ciepł. r. *38,5*—w. *40,2*. 5/3 ustawiczne parcie na pęcherz i odbytnicę, częste wymioty. 6/3 biegunka ustała, ciągłe wymioty. 7/3 suchy kaszel, ciepł. 38,0 do40,4. 8/3 w dolnym zrazie prawego płuca odgłos trochę przytłumiony, w małym obrębie dźwięczne drobnobańkowe rzężenia: *Pleuropneumonia embolica*. Zalecono: *Camphor. c. Acid. benzoic.* 9/3 Lewy staw barkowy i biodrowy bardzo bolesne, nieco nabrzękłe, biegunka wraca. Zalecono: *Collodium jodoform.* na okolicę stawów zajętych. 10/3 ciepł. 37.8 —40.8, białkomocz ustał, wieczorem dreszcz, biegunka. 11/3 prawy staw barkowy zajęty, ciepł. 41,1—39,6. 12/3 zajęcie lewych stawów ustępuje. 14/3 wymioty i biegunka na nowo powstają. 15/3 wielki upadek sił, żadnych dolegliwości. 17/3 wielkie poty, osłabienie ciepł. 38,0—40,1. 19/3 pod wieczór lekki dreszcz ciepł. 38,2—38,5. 20/5 silniejszy dreszcz, po lewéj stronie klatki piersiowéj kłócie, kaszel większy. 22/3 dreszcz, ogromne poty, ciepł. 38,9—39,3.

Odtąd codziennie pod wieczór dreszcz, po nim obfity pot. Chora leży nieruchoma, oddaje mocz i kał pod siebie, kaszel i biegunka nie ustają, tętno ledwo wymacalne 160 na m., oddech płytki do 40 razów na m., wychudnienie okropne, twarz szaro-żółtawa, zaostrza się coraz bardziéj, t. 37,2 do 39,8. 31/3. W obec niczém nie dającego się powstrzymać wycieńczenia, zagrażającego lada chwila śmiercią, przetoczyłem rano do jamy otrzewnowéj około 500 gr. odwłóknionéj krwi za pomocą przyrządu lejkowatego, osadzonego na igle weterynaryjnéj strzykawki Pravaza. Gdy jednak krew przez igłę nie przechodziła, na prędce w braku odpowiedniego do cewki kauczukowéj trójgrańca trzeba było się uciec do trójgrańca Flourensa. Odczyn po rękoczynie mało znaczny, cieplota wieczorna opadła o 0,9, tętno jednak nie zmienione 160. 2/4 Oczy choréj dotąd mdłe nabierają życia, wyraźna odzywa się euphoria, p. 140, biegunka znów większa c. 38,2—37,5. 3/4 chora dotąd jakby bezwładna, już się sama poruszać może, po danéj wieczorem kąpieli całą noc bez chloralu przespała; biegunka trwa jednak. 5/4 tętno pełniejsze 130. 7/4 dreszcz, większy kaszel, możliwe znów badanie płuc wykazuje w tyle na dole po obu stronach głośne drobnobańkowe rzężenia, po prawéj stłumienie c. 37,0 — 39,1. 8/4 wieczorem dreszcz, prawy staw barkowy znów boleśnie obrzmiewa. c. 38,4—38,1. 9/4 c. 38,2—37,9. 10/4 37,8—37,8 chora się czuje nie źle, lekka chrypka, po prawéj stronie wysięk opłucny do *angul. scapulae* sięgający. 11/4 c. 37,5 — 39,3 chora nie narzeka na nic prócz wielkiego osłabienia, ale niedokrewność jeszcze uderzająca.

Nie spodziewając się w takim stanie rychłego wessania tak znacznego wysięku opłucnowego, przetoczyłem ponownie 500 grm. krwi do jamy brzusznéj za pomocą cienkiego trójgrańca, używanego do przekłócia puchliny moszen (*hydrocele*).

Tym razem odezwał się w brzuchu naokoło miejsca przebitego i poniżéj dość znaczny ból, świadczący o lekkiém obrażeniu otrzewny, przez kilka dni trwający, który zimnemi okładami brzucha i pod skórę wstrzykiwanem morfinem uśmierzano.

Chora spała mimo to całą noc dobrze i tętno po raz pierwszy spadło na 120 uderzeń w minucie. 12/4 t. 37,0 do 37,3. 14/4 podniosła się ciepłota znowu do 38,2 wieczorem, jak się zdaje, z powodu zapalnego odczynu odleżyny wytworzonéj ponad tylnym prawym kolcem biodrowym. 17/4 w nocy ogromne poty, wysięku opłucnowego wyśledzić już nie można. 20/4 lewe kolano znów boli i lekko obrzmiało, następnego jednak już dnia po napędzlowaniu kleiną jodoformowę sklęsło. Od dnia 21/4 utrzymywał się już stale stan bezgorączkowy, nieżyt tylko oskrzeli w dolnych częściach płuc i wielka niedokrewność bardzo zwolna przy podawaniu żelaza z chininem ustępowały, tak że chora dopiero dnia 14 b. m. wyleczona zakład opuścić mogła.

Jest to przypadek chorobowy, którego nie można inaczéj uważać jak za ropnicę połogową z lokalizacyjami w nerkach, płucach, stawach i jelitach, z gorączką trwającą 7 tygodni i wycieńczeniem ustroju, dochodzącém do najwyższego stopnia. Prostracyja, w jakiéj się chora znajdowała w trzecim tygodniu choroby, szczególnie w obec nie ustającéj biegunki, zdawała się urągać wszelkim skrzepiającym środkom. Widoczny zwrot ku lepszemu, jaki nastąpił w kilka dni po pierwszém przetoczeniu, nie da się żadną miarą tłumaczyć jakoby przesileniem sprawy chorobowéj, ponieważ i potem jeszcze ponowne, choć słabsze, zachodziły jéj złogi, jeno doraźném dostarczeniem odżywczego materyjału, który odporną siłę ustroju ku dalszemu zwalczaniu chorobotwórczych istót dźwignął.

Ten sam zbawienny skutek dał się poznać i po drugiém przetoczeniu, gdzie tętno spadło na 120 uderzeń a spory wysięk opłucnowy usposobił się do nadspodziewanie rychłego wessania. Przy największéj więc skrupulatności w ocenianiu środków leczniczych nie podobna oprzeć się przypuszczeniu, że w tym przypadku przetoczenie krwi stanowczo przyczyniło się do ocalenia choréj od śmierci.

Przypadek IIgi tyczy się niezamężnéj Stanisławy Zwierskiéj, 25 lat wieku liczącéj, która od dwóch lat dotknięta bleduicą ustawiczne cierpiała nerwobóle w rozmaitych pniach nerwów rdzeniowych, mianowicie karko-potylicznych, podbrzusznych, udowych, skutkiem czego od ½ roku zupełnie niezdatną była do pracy. Miesiączka przebiegała bardzo nieregularnie, już to przyspieszając toru, już to ustawając całemi miesiącami i zmieniając się z białemi upławami. Często pojawiały się kurcze hysteryczne i wymioty z nieznaczną ilością krwi. Niedokrewność i wraz z nią cały szereg zboczeń nerwowych, podniecany, jak podejrzywano, nałogowym samogwałtem, opierał się w przeciągu trzechmiesięcznéj szpitalnéj kuracyi wszelkim możliwym środkom leczniczym jako to kąpielom, natryskom, przetworom żelezistym, arsenowi, bromkowi potasowemu itp. Dnia 16go maja wstrzyknąłem więc do jamy brzusznéj 550 gramów krwi. Nadzwyczaj wrażliwa chora już przy przekłóciu ściany brzusznéj cieńkim trójgrańcem dużo narobiła wrzasku i przez kilka dni narzekała na silny ból brzucha naokoło przebitego miejsca. Dnia następnego po przetocze-

niu ciepłota podniosła się do 38,5 a w jasnym moczu ukazało się trochę białka. Trzeciego dnia ciepłota wróciła do prawidłowego stanu, białkomocz znikł, piątego dnia przestała chora narzekać na ból brzucha i odtąd choć bardzo powolne ale nie bywałe przedtém zaczęła robić w zdrowiu postępy. Hysteryczne kurcze i wymioty ustały, rzadko kiedy tylko odzywał się lekki ból w lewém podbrzuszu, chora nabierała coraz lepszéj cery, ostatnia miesiączka przyszła już w prawidłowym czasie, odkąd chora zupełnie wolną jest od wszelkich dolegliwości, a odzyskawszy teraz łaknienie i znosząc lepiéj żelazo coraz daléj postępowała na drodze wyzdrowienia. Czując jeszcze pewną niemoc prosiła mnie niedawno temu, czybym nie zechciał jéj jeszcze raz trochę wpuścić krwi, od któréj tak korzystnéj doznała zmiany w swojém zdrowiu. Okazało się to jednak zbytecznem, bo właśnie przed kilku dniami zdrowa z zakładu wypuszczoną została. Reakcyja po rękoczynie w tym przypadku była silniejszą niż w pierwszym, co może przypisać wypada wygórowanéj nadczułości osoby; nadto uwagi godném jest pojawienie się białkomoczu, w dotychczasowych doświadczeniach przetoczenia tak u zwierząt jak u człowieka jeszcze niepostrzeganego. Nie zapuszczając się w wytłumaczenie ostatniego zjawiska, śmiem tylko nawiasowo napomknąć, czy ono czasem nie zostało wywołane wstrzyknięciem zbyt wielkiéj ilości krwi, bo 550 gm., tj. doraźném przeładowaniem naczyń brzusznych białkiem wstrzykniętéj krwi, tak że część onegoż w nerkach przesączać zaczęła do kanalików moczowych.

(Dokończenie nastąpi).

II. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowéj.

Napisał Dr. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28.)

Przypadek 6ty. Ross Gustaw, 22 lat liczący, syn chałupnika, przybył do kliniki dnia 31 marca 1880 r. Ojciec umarł, matka cierpi na chorobę płucną, dwoje rodzeństwa zdrowe. Dotąd zdrowy, dopiero w 13 czy 14 roku życia swego doznał stłuczenia kolana prawego, które poczęło go boleć przy chodzeniu i obrzmiewać. Od 3ch lat chodzi o kuli, od tegoż czasu kolano poczęło sztywnieć i coraz więcéj boleć.

Badanie dnia 31 marca 1880. Chory dość dobrze odżywiony, silnie zbudowany, ale blady. Płuca zdrowe; niedomykalność zastawki dwudzielnéj. Odnoga dolna prawa schudła, w kolanie cokolwiek zgięta i obrzmiała, chełbotania nie ma; ruchy bierne w bardzo małych rozmiarach możebne. Obwód chorego kolana prawego: nad rzepką 39 cm., w środku 40,5 cm., pod rzepką 35,0 cm. Obwód zdrowego kolana lewego: nad rzepką 37 cm., w środku 37,5 cm., pod rzepką 32,5 cm. Długość całéj odnogi choréj 89 cm., odnogi zdrowéj 90 cm., skrócenie więc wynosi 1 cm. przed operacyją. Osteofon wykazuje wyraźną różnicę pomiędzy odgłosem kości kolana chorego a zdrowego.

Dnia 1 maja 1880 wykonał kol. Dr. Wehr wypiłowanie stawu chorego w podobny zupełnie sposób, jak w poprzednich przypadkach. Nie używał w tym przypadku opaski Esmarcha; przepiłowanie kości nastąpiło w trzonie.

Preparat okazuje: Wysokość wypiłowanéj części kości udowéj przy kłykciu wewnętrznym 6 cm., przy kłykciu zewnętrznym 5 cm. Wypiłowana część kości goleniowéj w najgrubszém miejscu 2,5 cm. Ognisko kostne: Pomiędzy kłykciami w środku kości miejsce zmiękczone wielkości orzecha laskowego, tkanka kostna przekrwiona i rozrzedzona. Na wysokości kłykcia wewnętrznego kości udowéj jamka wielkości bobu wypełniona ziarniną, łączącą się z resztą ziarniny pokrywającéj cały kłykieć, pod nią chrząstka zniszczona. W tylnéj części kłykcia zewnętrznego niedaleko powierzchni stawowéj znajdujemy sekwestr wielkości grochu; leży w jamce wyłożonéj błoną ropną o ścianach skostniałych. O ile badanie wykazuje, jamka ta nie ma otworu na zewnątrz; jest więc nasz preparat wybitnym przykładem, jak trudno czasem wykryć ognisko kostne. Bujna wodnista ziarnina pokrywa całą powierzchnię stawową, zupełnie zniszczyła chrząstki i wypełnia także recessus; w niéj liczne gruzełki postrzegamy.

Przebieg pooperacyjny był dobry, z wyjątkiem małego podwyższenia ciepłoty w pierwszym tygodniu bezgorączkowy; wydzielina nieznaczna. 5 opatrunków do zupełnego zabliźnienia ran, zdjęcie gipsu; boczna szyna zamówiona. Nieznaczna ruchomość w stawie wypiłowanym. Długość odnogi wypiłowanéj od krętarza wielkiego do kostki zewnętrznéj 77 cm. Długość zdrowéj w tychże rozmiarach 85,5 cm., skrócenie wynosi więc 8,5 cm., mimo to chodzi chory po kilkudniowych ćwiczeniach bez podwyższonego napiętka bardzo dobrze z szyną boczną. Odnoga zupełnie prosto ustawiona; nieznaczna ruchomość w stawie wypiłowanym w ostatnim czasie już się zmniejszyła.

Przypadek 7my. Wester Emma, 26 lat licząca, córka mieszczanina, przyjęta dnia 19 kwietnia 1880. Chorób dziedzicznych mianowicie płuc w rodzinie nie ma; rodzeństwo żyje, zdrowe. Nasza chora w 3cim roku po urazie dostała zapalenia stawu kolanowego, po którém pozostało zesztywnienie odnogi zgiętéj. Od tego czasu chodzenie zawsze było utrudnione, a już od 15 roku tylko o kulach chodzić mogła. W 1875 r. przebyła zapalenie ropne w stawie skokowym lewym po nadwerężeniu odnogi przy wchodzeniu na schody; po tém zapaleniu pozostała sztywność stopy w położeniu kopyto-szpotawém. Przed kilku tygodniami upadła chora: rozległe wynaczynienia podskórne, świeże podrażnienie w kolanie z bólami ustającemi po założeniu opatrunku gipsowego i okładaniu lodem. Chora znudzona wiecznie chorą odnogą przychodzi do nas, z żądaniem odjęcia takowéj.

Badanie dnia 19 kwietnia 1880. Chora dość silnie zbudowana, choć nadzwyczajnie blada. Narządy wewnętrzne zdrowe. Lewa odnoga dolna chudsza i krótsza, w kolanie zagięta pod kątem 110—120°; okolica stawowa zgrubiała; skóra na podudziu zabarwiona wynaczynioną krwią; stopa kopyto-szpotawa, cokolwiek nabrzmiała, dotyka podstawą palców ziemi. Kłykieć wewnętrzny kości udowéj sterczy ku wewnątrz; podudzie około osi podłużnéj wykręcone ku zewnątrz, tak iż główka piszczeli leży już w dole podkolanowym, a stopa palcami wykręcona na zewnątrz. Rzepka nieruchoma leży na kłykciu zewnętrznym kości udowéj. Ruchy w stawie kolanowym zupełnie nieznaczne, w skokowym ograniczone. Długość całéj odnogi lewéj 72,5 cm., długość całéj odnogi prawéj 78 cm., skrócenie przed operacyją wynosi więc 5,5 cm., obwód w kolanie lewém 36,5 cm., obwód w kolanie prawém 35 cm., obwód łydki lewéj 29,5 cm., obwód łydki prawéj 35. Odpowiednio do stanu opisa-

nego zaproponowaliśmy choréj wypiłowanie stawu kolanowego i skokowego, na co téż chora ostatecznie przystała.

Dnia 26 kwietnia 1880 wypiłowałem na jednem posiedzeniu staw kolanowy zupełnie, a staw skokowy częściowo. Najprzód wykonałem częściowe wypiłowanie stawu skokowego. Po nacięciu skóry nad kostką zewnętrzną pod kątem zwyczajnym oddzieliłem od niéj podważką okostnę i u podstawy przeciąłem dłutem i młotkiem skośnie od zewnątrz ku wewnątrz całą kostkę zewnętrzną. Po wyjęciu kostki i rozerwaniu zrostów za pomocą gwałtownych ruchów i noża udało się stopę pod prawym kątem do podudzia ustawić. Teraz pokryliśmy tymczasowo ranę gazą Brunsa, a następnie wypiłowałem staw kolanowy zwyczajnym naszym sposobem, opaski Esmarcha nie założyłem. Oprawa przeciwgnilna; ułożenie odnogi w szynie blaszanéj w okolicy kolana i stawu skokowego blachę zastąpiono wygiętém żelazem, deseczka do stopy.

Na preparacie wypiłowanego stawu kolanowego widzimy: Wysokość wypiłowanéj części kości udowéj przy kłykciu wewnętrznym 4,5 cm., przy kłykciu zewnętrznym 2,3 cm. Wysokość wypiłowanéj części kości goleniowéj w najgrubszém miejscu 1,8 cm. Ognisko kostne: Od środka powierzchni przepiłowania kości udowéj do kłykcia zewnętrznego ropień wielkości orzecha laskowego ograniczony ścianami kostnemi, stwardniałemi; graniczy z nim równie wielkie ognisko zmiękczone, zabarwione starszą wybroczyną krwi. Na kłykciu zewnętrznym kości goleniowéj odpowiada powyżéj opisanym zmianom głębsze zniszczenie powierzchni stawowéj. Obfita ziarnina wodnista; chrząstka stawowa po większéj części zniszczona; zniszczenie na powierzchni stawowéj rzepki tak głęboko sięga, że rzepka na tém miejscu prześwieca. Gruzełki spostrzegamy tak w ognisku kostném, jako i w ziarninie. Kłykieć zewnętrzny kości udowéj znacznie mniejszy, niż prawidłowy. Na preparacie wypiłowanego stawu skokowego nie widać nic godnego uwagi.

Przebieg pooperacyjny wyborny, zupełnie bezgnilny: bez gorączki z wyjątkiem 3 dnia, gdzie ciepłota podskoczyła na 38,3°, ale zaraz na drugi dzień na prawidłową spadła. Pod 3 oprawami w przeciągu 43 dni całe rany *per primam* zupełnie się zagoiły tak, iż mogliśmy szynę odjąć. Dnia 14 czerwca 1880 założyliśmy lekki opatrunek ze szkła wodnego, w którym chora poczęła chodzić (obawialiśmy się z powodu podwójnego wypiłowania pozwolić choréj tylko z szyną boczną chodzić). Odnoga zupełnie prosto ustawiona; mała ruchomość w stawie kolanowym i skokowym, podudzie lekko nabrzmiałe, skrócenie wynosi 12 cm. Długość odnogi zdrowéj 78 cm., długość odnogi choréj 66 cm., mierzona od krętarza wielkiego do kostki zewnętrznéj. Mimo to chora wcale nie źle chodzi i bez zewnętrznie podwyższonego napiętka, wystarcza zupełnie podkładka w trzewiku.

Przypadek 8my. Samuel August, 20 lat liczący, szewc, przybył dnia 7 kwietnia 1880. Rodzina i rodzeństwo zdrowi; chorób płucnych nie ma we familii. Po urazie (upadł) powstało zapalenie ropne stawu kolanowego, a późniéj utworzyły się przetoki i odnoga skurczyła się w kolanie: zgięcie coraz się powiększało, aż doszło do prawego kąta, a chory już od 8 lat o kulach chodzi.

Badanie 7 kwietnia 1880: chory nie zbyt silnie zbudowany; serce i płuca zdrowe. Odnoga dolna lewa chudsza, o 8 cm. krótsza niż prawa, pod kątem prawym w kolanie zagięta. Trzon kości udowéj nieco więcéj niż prawidłowo, łukowato z wypukłością ku przodowi wygięty. Piszczel o połowę cieńsza; całe podudzie zanikłe, bardzo ku tyłowi nadwichnięte w osi podłużnéj na zewnątrz nieco skręcone, tak iż główkę piszczeli wyczuć można od zewnątrz w zagłębieniu podkolanowém. Długość stopy prawéj zdrowéj 28 cm., długość stopy lewéj choréj 22 cm. Na stronie wewnętrznéj i zewnętrznéj stawu kolanowego blizny.

Dnia 9 kwietnia 1880 próbował Dr. Wehr pod chloroformem porozrywać zrosty przez wyciąganie i spychanie kłykciów kości goleniowéj ku przodowi przy równoczesnych ruchach wyprostnych i zginających, oraz nacięciu silnie naprężonego m. dwugłowego. Opatrunek gipsowy. Dnia 24 kwietnia 1880. Zdjęcie opatrunku gipsowego. Zagłębienie od przodu w okolicy *tuberositas tibiae*, świadczące, że wyprostowanie o kilkanaście stopni odbyło się w kłykciach kości goleniowéj; kolano sterczy naprzód w skutek bardzo znacznego nadwichnięcia kłykciów goleniowych ku tyłowi.

Dnia 27 kwietnia 1880 wypiłował kol. Dr. Wehr staw chory sposobem Mannego (*cfr. Ried: Die Resectionen der Knochen pag. 420*), w Krakowie przez prof. Bryka używanym; płat skórny zwykły, przepiłowanie i wyjęcie kości bez otworzenia stawu; przepiłowanie uskuteczniono w trzonie. Okostnę przepiłowanych kości połączono 2 szwami katgutowemi. Przed operacyją założono opaskę Esmarcha; zresztą oprawa i leczenie pooperacyjne nie różniło się w niczém od poprzednich przypadków.

Na preparacie widzimy: Wysokość wypiłowanéj części kości udowéj przy kłykciu wewnętrznym 5 cm., przy kłykciu zewnętrznym 3 cm. Wysokość wypiłowanéj części kości goleniowéj na najgrubszém miejscu 2,6 cm. Ognisko kostne: W kłykciu zewnętrznym miejsce wielkości orzecha laskowego rozmiękczone, mniejsze w kłykciu zewnętrznym kości goleniowéj z wypustkami zatokowatemi. Rzepka do kłykcia zewnętrznego uda włóknisto przyrośnięta. Chrząstka stawowa zniszczona prawie zupełnie przez obfitą ziarninę, w któréj gruzełki widać; tylko na kłykciu wewnętrznym uda małe miejsce nietknięte. Kłykieć zewnętrzny znacznie mniejszy, niż prawidłowo.

Przebieg pooperacyjny dobry z wyjątkiem małéj przeszkody: około 15 dnia po operacyi utworzyło się w okolicy główki piszczelowéj obrzmienie ciastowate i bolesne; w skutek tego podniosła się ciepłota przez kilka dni do 38,2—38,3; raz nawet wieczorem na 39,1 po wydzieleniu się kilku strzępów tkanki napowrót do normalnéj wróciła. Rana zupełnie się zagoiła pod 5 oprawami przeciwgnilnemi w przeciągu 38 dni; mała ruchomość w stawie wypiłowanym pozostała. Skrócenie wynosi teraz po operacyi 15 cm., mimo to chory z boczną szyną przy kiju i z podwyższonym napiętkiem wybornie chodzi. Rozumie się, że cała odnoga pozostała, jak była, zanikłą; oto wymiary: Obwód w środku uda po stronie lewéj 39, po stronie prawéj 42, obwód w kolanie po stronie lewéj 33,5, po stronie prawéj 36, obwód w łydce po stronie lewéj 23,5, po stronie prawéj 32, obwód nad kostkami po stronie lewéj 24, po stronie prawéj 27, długość stopy po stronie lewéj 22, po stronie prawéj 28.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Bolesław Skórczewski: **Dyjetetyka kąpielowa czyli nauka jak zachować się należy podczas leczenia w zdrojowiskach.** Warszawa 1880 r. Cena 1 Rub. 20 kop. = 1 złr. 50 kr.

Leczenie w zdrojowiskach nie tylko polega na samém piciu wód i używaniu kąpieli, ale ważną téż przy niém od—

grywa rolę zachowanie się, które jeżeli nie jest odpowiednie, opaźnia a nawet niweczy skuteczność leczenia zdrojowego, obowiązkiem więc jest lekarzy wskazać chorym jak się przy kuracyi zdrojowéj zachowywać mają. Trudny obowiązek udzielania wskazówek odpowiedniego zachowania się w każdym pojedyńczym przypadku przy leczeniu w zdrojowisku ciąży na lekarzach kąpielowych. Aby im ułatwić zadanie, autor powziął myśl skreślenia popularnie wskazówek odpowiedniego zachowania się, aby leczący się nie potrzebowali ciągle odnosić się do lekarzy. Jestto więc książka dla inteligentnéj publiczności nielekarskiéj, oparta jednak na zasadach fizyjologii i medycyny i dla tego o niéj wspominamy. Autor podaje w niéj najpierw dokładny opis fizyjologicznych czynności ustroju, przy czém zwraca też uwagę na ich zboczenia, poczém rozbiera środki lecznicze działające podczas leczenia zdrojowego (picie wód i kąpiele) a nakoniec przechodzi do właściwéj dyjetetyki kąpielowéj, w któréj rozbiera szczegółowo wszystko to, co może dobrze lub źle wpływać na postęp leczenia. Autor uwzględnił w dziełku swém najnowsze prace z dziedziny dyjetetyki lekarskiéj, książka więc jego daje obraz dzisiejszych pojęć w tym przedmiocie. Aczkolwiek nie każdy może lekarz zgodzi się z wielu zapatrywaniami w dziełku tém podanemi, bo doświadczenie czego innego może go pouczyło, to przecież całość stanowi bardzo odpowiednią książkę dla udających się do zdrojowisk, a dla tych właśnie książka ta jest przeznaczoną i będzie zapewne przez nich mile przyjętą, bo znajdą w niéj radę we wszelkich wątpliwościach co do zachowania się, wyjaśnienie wielu objawów czego zwykle tak pragną, a któremu to pragnieniu lekarze zdrojowi nie zawsze zadość uczynić mogą, bądź to dla braku czasu, bądź też dla braku pośród publiczności nielekarskiéj wstępnych pojęć o czynnościach fizyjologicznych ustroju. Język poprawny a styl gładki przyczynią się zapewne do tém większego rozpowszechnienia się téj książki. *K. Gr.*

Prof. Manz: **Przypadek ślepoty hysterycznéj połączonéj z zézowaniem zbieżném.**

Autor opisuje przypadek, który przez czas dłuższy obserwował, a który miał wiele podobieństwa do astenopii u hypermetropów 'wliczając już w to i zezowanie zbieżne, które wprawdzie w przeciągu jednego dnia wystąpiło, lecz nie powstało w skutek porażenia mięśnia. Z przebiegu choroby jak i z rezultatów leczenia przyszedł aut. do przekonania, iż zmiany w oczach odnosić należy do hysteryi, która jak już z opisów Charcota, Landolta, Schenkla, Förstera i najnowszych Rosenthala (*Mediz. Presse* 1879) wynika, jest w pewnych przynajmniéj przypadkach przyczyną przemijającego niedoślepu nawet i wysokiego stopnia, daléj przyczyną częściowego barwoślepu, upośledzenia i osłabienia akomodacyi, nie mówiąc już o nerwobólach w obrębie rozgałęzień nerwów rzęskowych i trójdzielnego.

W krótkości podamy to, co najważniejsze z przebiegu bardzo długo trwającéj choroby: młoda guwernantka, wątłéj budowy, zézuje okiem prawém na wewnątrz i uskarża się na bóle głowy, zarazem twierdzi, iż od dni kilku widzi niektóre przedmioty podwójnie. Wywiady wykazują, iż chora jest bardzo nerwową i ciągle cierpiącą (hysteryja). Rozpoznanie brzmiało: *Paresis abducentis dextri.* Kilka dni późniéj zézuje chora w wysokim stopniu na wewnątrz, ale zwrotność oka wcale nie jest zmniejszoną. Liczy palce na kilka stóp, pole widzenia zewsząd ścieśnione, źrenice są zwężone, obraz wziernikowy prawidłowy, wziernikiem oznaczono refrakcyję oka i znaleziono niski stopień myopii. Tętno nieregularne (*Pulsus bigeminus*), znaczne bóle głowy, bezsenność. Brak gorączki wyklucza zapalną sprawę śródczaszkową, przyczyna choroby bliżéj określić się nie daje, w każdym jednak razie pewną jest rzeczą, iż pierwotne rozpoznanie było mylne. Zalecono chloral, moczenie nóg, poczém chora dobrze spała. W kilka dni już stan choréj jak i zwrotność oka prawego poprawiły się, bóle głowy mierne, bystrość wzroku na oku lewém do tego stopnia się poprawiła, iż chora rozpoznawała większe litery. Prawém okiem widzi zawsze tylko palce na kilka stóp. Twierdzi, że tém okiem widzi palącą się świecę dokładnie na jeden metr, w dalszéj zaś odległości czerwono i otoczoną długiemi promieniami, a tém niewyraźniéj, im daléj. Coś podobnego choć nie w tym samym stopniu znaleziono także na oku lewém. Teraz rozpoznał Manz skurcz mięśnia akomodacyjnego i z tymże w związku pozostający *Strabismus convergens spasticus.* Chociaż ani za pomocą szkieł, ani za pomocą atropinu nie można było wykazać skurczu mięśnia akomodacyjnego, przecież tłumaczenie powyższe zdawało się M. najprostszém, bo tłumaczyło wszystkie objawy chorobowe, tak zézowanie jak i skurcz, jak i niedoślep.

Przyczyną zaś prawdopodobną skurczu była anemija ośrodków mózgowych jako jeden z objawów histeryi. Anemija powstać mogła w skutek skurczu mięśni naczyń mózgowych (zadraźnienie nerwów naczynioruchowych). Niedokrewność zaś ośrodków mózgowych może wywołać tak objawy porażenia jak i objawy zadraźnienia.

Z powodu niedoślepu wstrzykiwano najsamprzód strychnin, ale bez skutku. Późniéj zadano chinin i żelazo. Bystrość wzroku polepszyła się aż do $^1/_5$; w odległości 1·5 stopy widziała przedmioty pojedyńczo. W dalszym przebiegu choroby dostała chora kilka razy histerycznych napadów, kurczów mięśni karku i grzbietu, kilka razy nawet z utratą przytomności i znacznem upośledzeniem wzroku. Po napadach występowały silne bóle głowy. Zbieżność i akomodacyja zdawały się pozostawać w związku z upośledzeniem wzroku, gdyż po napadach zézowanie było znaczniejsze a akomodacyja nadwerężona, lecz pomimo to nie można było zmiany téj uważać za czystą astenopiję, a to z tego powodu, że niedoślep bardzo wysokiego stopnia utrzymywał się nawet wtenczas, kiedy chora wcale nie akomodowała. Po 2 miesiącach chora opuściła klinikę z $S^6/_{18}$ a na drugi już dzień zgłosiła się z zézem zbieżnym i niedoślepem obuocznym wysokiego stopnia. Choroba znowu trwała kilka miesięcy, przebieg był bardzo podobny do powyżéj opisanego, tylko, że teraz spostrzegano także znieczulenie w obrębie pierwszéj i drugiéj gałęzi nerwu troistego. Późniéj jeszcze kilka razy choroba się powtarzała i po jakimś czasie ustępowała.

Manz przypuszcza, iż tu miał do czynienia z chorobą mózgu, ktora oprócz innych objawów wywołała także zmiany chorobowe w oczach. Na czém właściwie polega ta choroba mózgu, trudno ściśle oznaczyć, znaczyłoby to, jak się autor wyraża: „odkryć i zbadać istotę hysteryi". Zdaje mu się jednak, iż się umiejscowienie choroby da oznaczyć. Fizyjologija i anatomija wykazują pewne miejsca w mózgu, gdzie włókna nerwów mięśni ocznych obok siebie przebiegają. Według tego trzebaby szukać siedziby choroby w środkowéj części mózgu. Idąc za zdaniem Munka i Rosenthala możnaby w patologicznych zmianach kory mózgowéj szukać

przyczyny upośledzenia wzroku. W takim atoli razie nie możnaby wytłumaczyć wszystkich objawów chorobowych wyżéj przytoczonych. (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 2 i 3 z r. 1880). *Dr. E. Machek.*

O odruchach ścięgnistych. Podług wykładu tegorocznego Prof. Charcota.

Wprowadzenie badania odruchów ścięgnistych do symptomatologii chorób mózgowordzeniowych należy do nader cennych nabytków newropatologii nowoczesnéj.

Westphal, późniéj Erb, był pierwszym z badaczy, który odruchy ścięgniste klinicznie i teoretycznie zbadał i spożytkował w celach rozpoznawczych. Należąc do stanu fizyjologicznego, gdyż podług Bergera brak ich raz na sto, a u noworodków są nader wybitne w pierwszych kilku dniach życia, odruchy ścięgniste stają się cenną skazówką w rozróżnianiu chorób mózgu i rdzenia, kiedy są słabe lub znikają, oraz kiedy są łatwe do wywołania i występują w ruchach silnych. Najwięcéj zbadanym, najłatwiéj dającym się wywołać i najskładniéj nadającym się do badania, jest odruch rzepkowy. Zamierzając go wywołać należy ująć ręką lewą pod kolanem nogę chorego i tak podtrzymywaną uderzyć łokciowym brzegiem pięści prawéj, lub jeszcze lepiéj młotkiem Skody w środek ścięgna, tuż pod rzepką; niezwłocznie po uderzeniu podudzie chorego wyprostowuje się, podnosi się raptownie i wreszcie opada; przy zwiększonéj odruchliwości po jedném uderzeniu następuje nie jedno lecz kilka drgnień. Odruch rzepkowy wtenczas nabiera znaczenia semijotycznego, kiedy zupełnie znika lub znacznie słabnie, jak to ma miejsce w *ataxia locomotrix progressiva, polyomyelitis anterior acuta et chronica*; lub też kiedy występuje nader silnie, jak np. przy *paralysis spasmodica.* Jak to już sama nazwa wskazuje, objaw ścięgnisty, o którym mowa, należy do odruchów i to do rdzeniowych; na tę myśl wpadł Erb spostrzegłszy, że jednocześnie z odruchem rzepkowym odbywa się ruch przywodzący uda przeciwnego; ten sam autor opisuje jednego chorego, u którego przy porażeniu obu odnóg dolnych w skutek ucisku rdzenia, odruch rzepkowy był zupełnie zniesiony, a z odzyskaniem sił w odnogach porażonych wystąpił ponownie; pomimo woli nasuwa się myśl, że odruch rzepkowy ma swą siedzibę w rdzeniu, i że naruszenie ciągłości tego narządu paraliżuje go. Podług spostrzeżeń Nothnagla, stwierdzonych przez Erba, podrażnienie pewnych okolic oddalonych od kolana, powstrzymuje odruch rzepkowy, np. szczypanie skóry brzucha, przepuszczanie prądu silnego przez nogę drugą itd., słowem widzimy te same objawy tamowania, które już dawniéj spostrzegali fizyjologowie, badając rozmaite warunki odruchów rdzeniowych na żwierzętach. Gdyby jednak zachodziło jakiekolwiek wahanie się w przyznaniu przyrody odruchowéj objawom ścięgnistym, o których mówimy, doświadczenia fizyjologiczne usuwają wszelką wątpliwość. Już Fürbinger i Schultze przekonali się, że odruchy ścięgniste należą u zwierząt do objawów prawidłowych, że ustają one po przecięciu rdzenia pacierzowego. Praca Czyrijewa wyświeca tę sprawę wszechstronnie: część rdzenia, któréj całość jest niezbędną dla powstania ścięgnistych, odruchów znajduje się u królika między 5 a 6 kręgiem lędźwiowym, nacinania rdzenia poniżéj i powyżéj rzeczonego miejsca dowodnie o tém przekonywają; Krause w swéj anatomii królika utrzymuje, że między 5 a 6 kręgiem lędźwiowym biorą początek korzenie 6 pary lędźwiowéj, stanowiące przeważną część nerwu udowego (*cruralis*); po przecięciu korzeni przednich lub tylnych 6 pary odruch rzepkowy ustaje obustronnie, przy przecięciu samych korzeni przednich lub samych tylnych odruchy ścięgniste odnogi dolnéj ustają po jednéj stronie; poszukiwania Sachsa wykazały, że na granicy części ścięgnistéj z mięsistą mięśnia trójgłowego uda znajdują się gałązki nerwu dośrodkowego; owóż podrażnienie tych gałązek przez uderzenie ścięgna udziela się rdzeniowi drogą korzeni czuciowych 6 pary, następnie od istoty szaréj przenosi się do korzeni ruchowych 6 pary, będących główną składową częścią nerwu udowego.

Po takiém wyjaśnieniu anatomiczném i fizyjologiczném odruchów ścięgnistych, a szczególnie odruchu rzepkowego, spożytkowanie takowych na rzecz kliniki jest genijalnym pomysłem i cennym nabytkiem. *A. Kwaśnicki.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) Dr. Fürri gorąco zaleca leczenie płonicy powietrzem; osobiście autor leczył 8 przypadków tą metodą; choroba przebiegała złośliwie, po większéj części towarzyszyła jéj błonica połyku, tętno uderzało 150—170 na minutę, a ciepłota wynosiła 40°—40·5°. Chorzy (od 3 do 10 lat) nie przebywali w łóżku, w dzień wodzono dzieci lub noszono po powietrzu, a w nocy przy otwartych oknach chorzy sypiali w dzienném ubraniu pod najlżejszém przykryciem. Przy stósowaniu téj metody ciepłota u wszystkich chorych spadła do stopnia fizyjologicznego między 4 a 6 dniem, tętno uregulowywało się, chorzy nietylko nieczuli żadnych przykrości podmiotowych, nie tylko żaden z nich nie uległ cierpieniom zapalnym lub gośćcowym, ale wszyscy prędko wyzdrowieli bez tych groźnych powikłań, które płonica za sobą sprowadza. Fürri nie polecał swym chorym żadnego przetworu aptecznego, nawet przeciw błonicy. Jednocześnie autor leczył 4 przypadki płonicy metodą zwykłą w skutek wyraźnego życzenia rodziców; przebieg był nader złośliwy, i 2 chorych utraciło życie.

Wracz przytaczając powyższe doświadczenia Fürrego czyni mu słuszną uwagę, że Dr. Kaczorowski dawniéj już stósował powietrzne leczenie i to nie tylko w płonicy, lecz otrzymał dobre skutki przy ospie, odrze, obu durach, zapaleniu płuc, nagminném zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, gośćcu stawowym itd. Lekarz poznański i Fürri doszli do jednakich wyników, dziś kiedy zawdzięczamy Pasteurowi ten pewnik, że drobnotwory żyją i plenią się tylko w pewnych granicach termometrycznych, że każdy ich rodzaj wymaga dla swego bytu sobie tylko właściwéj ciepłoty, doświadczenia powyżéj wymienionych badaczy winny być naśladowane i kontrolowane po wszystkich szpitalach.

(A. K.) Dr. Dochmann ogłasza w *St. Peterb. Med. Woch.* swe doświadczenia, które przekonywająco dowodzą, że zimnica wbrew powszechnemu mniemaniu daje się przeszczepić. Autor użył treści pęcherzyka liszaja wargowego (*hydroa labialis*) i takową rozczyniał w wodzie lub glicerynie (w jakim stósunku?); w pierwszym doświadczeniu limfa zebrana z 12-letniego chłopczyka została zaszczepioną 30-letniemu zdrowemu mężczyznie, który czwartego dnia dostał napadu zimniczego zupełnego, a następnie po pauzie dwudniowéj wystąpiły objawy niedomagania z ciepłotą 38,8°, które po kilku godzinach ustąpiły, w doświadczeniu drugiém zebrano limfę z dziewczynki, i zaszczepiono ją 3 zdrowym mężczyznom; u jednego z nich w ciągu 5 dni występowały wieczorem zupełne napady zimnicze, u drugie-

go wieczorem dnia następnego dało się uczuć podmiotowe uczucie niedomagania, trzeci nie uległ żadnym zaburzeniom. W trzeciém doświadczeniu Dochmann zaszczepił limfę zebraną z mężczyzny dorosłego dziewczynce, która uległa dwom napadom zimnicy.

(A. K.) Prof. Rossbach przyszedł do przekonania, że głównym czynnikiem etijologicznym w krztuścu jest istniejąca przy nieżycie oskrzelowym nerwica odruchowa. Autor sądzi, że pod wpływem swoistego chorobowego bodźca rdzeniowy ośrodek kaszlu zostaje nader łatwo pobudzanym, i stosując prąd stały na stos pacierzowy oraz chinin w znacznych dawkach, odniósł świetne skutki. Rossbach jest przeciwnikiem teoryi grzybkowéj krztuśca, ale nie wytłumaczył, zkąd pochodzi nagminność i zaraźliwość téj choroby, a mówiąc o „swoistym chorobowym bodźcu" zbacza na tory błędnego koła, które sprowadzają z drogi doświadczalnéj.

ss) Przeciwko owrzodzeniom brodawek sutkowych poleca Dr. Rudolphi następujące postępowanie, jak twierdzi, bardzo skuteczne. Po nakarmieniu dziecka pędzelkuje się przeczosy winem aromatyczném, po czém pokrywa się je kataplazmami owiniętemi cieńkim muślinem; kataplazmy te (wielkości dłoni) składają się z świeżo przyrządzonego kleiku skrobi. Ilekroć osesek ma być karmionym, kataplazm się oddala, ranę obmywa, po czém znów pędzelkuje winem i przykłada kataplazmy. Okłady te stósuje się na zimno; mają one prawdopodobnie tylko na celu powstrzymanie przystępu powietrza do rany.

ss) Jako środek znieczulający zalecają w nowszych czasach Amerykanie Turnbull i Lewis używany dawniéj już przez Nunnelyego bromek etylowy (C_2 H_5 Br_1, cięż. gat. 1,47). Obecnie lek ten zachwalają i Francuzi. Według Terrillona (*Gazette méd.* b. r. 29 maja) płyn ten jest bardzo dobrym lekiem znieczulającym, tak co do pewności jako i szybkości działania; do użycia przy zastósowaniu termokauteru zaleca się dla tego, że płyn ten rozpylony nie zapala się w zetknięciu z ciałem rozżarzonem; jako środek ogólnie znieczulający przez wziewanie ma być mniéj niebezpiecznym niż chloroform, gdyż nie wywołuje nagłego ustawania ruchów oddechowych ani sercowych, szybciéj sprowadza narkozę i nie pozostawia nieprzyjemnych przypadów po obudzeniu się.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie z dnia 25 maja 1880.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 8.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

4) Dr. Lutostański, stosując się do życzenia Przewodniczącego Komisyi balneologicznéj, przedstawił w dłuższym wykładzie sprawę napełniania flaszek wodami lekarskiemi. Najprzód zastanawiał się nad umiejętnemi zasadami handlu wodami mineralnemi, oraz nad ustawodawstwem téj ważnéj gałęzi obrotu handlowego dotyczącém. W celu usunięcia niedostatków postrzeganych przy napełnianiu wód lekarskich prelegent wskazał i uzasadnił potrzebę:

1. Utrzymania wody w zdroju w stanie niezmienionym, a to przez zabezpieczenie jéj od szkodliwych wpływów cembrzyny, ziemi, wody gruntowéj i powietrza gruntowego, mniéj lub więcéj zanieczyszczonego, wreszcie powietrza atmosferycznego i pyłów w niém zawartych.

2. Czerpania wody podczas ustalonéj pogody, po upływie 5 lub nawet 8 dni od ostatnich przeciągłych deszczów.

3. Zastósowania ilości wody czerpanéj do dziennego przypływu wody w zdroju. Ztąd wynika potrzeba częstych pomiarów wydajności zdrojów.

4. Szczelnego zamknięcia cembrzyny zdroju dla zabezpieczenia wody mineralnéj od pyłów atmosferycznych.

Wreszcie 5. Potrzebę doborowych flaszek.

Następnie Prelegent zastanawiał się nad przyczynami psucia się, a raczéj powolniejszego lub szybszego rozkładu wód mineralnych, zwłaszcza żelezistych, do których przyczyn zaliczył: *a)* obecność ciał organicznych, *b)* obecność tlenu powietrza atmosferycznego.

Pierwsze redukują przeważnie siarkan wapniowy i dają powód do tworzenia się siarczków i siarkowodu. Działaniem zaś tlenu rozpuszczalne sole żelazawe przechodzą w nierozpuszczalne sole żelazowe, które przeważnie w postaci wodnika żelazowego lub téż w postaci związków tlenniku żelaza z kwasem krzemowym, fosforowym a niekiedy i arsenowym z rozczynu się wydzielają. Tlen znajduje się nie tylko w powietrzu flaszki przez wodę wypychaném, w powietrzu zatrzymaném przez przyleganie do ścian flaszek, lub téż pozostałém w szyjce flaszki, lecz także w saméj wodzie mineralnéj. Dwa istnieją dotychczas sposoby napełniania flaszek wodami mineralnemi w celu usunięcia wpływu tlenu pow. atmosferycznego: sposób Hechta i Freseniusza.

Opisawszy szczegółowo te sposoby prelegent wykazał ich niedostatki, a mianowicie:

1. Mięszanie wody w zdroju z powietrzem atmosferyczném i bełtanie téjże w skutek zanurzania w niéj znacznéj ilości flaszek.

2. Dopuszczanie do szyjki flaszek, niby w celu wypchnięcia zawartego w niéj powietrza atmosferycznego, gazu ze zdroju wydobywającego się a pozostającego pod pewném ciśnieniem w osobnym gazometrze. Gaz ten, jak Planta i Kekulé okazali, nie jest czystym kwasem węglowym, lecz składa się z azotu, tlenu i CO_2. Podczas samego dopuszczania strumienia takiego gazu lub téż czystego kw. węglowego sztucznie otrzymywanego, zawsze ma miejsce wciąganie do szyjki flaszki powietrza atmosferycznego. Sposób więc ten, zwany gazowaniem wód mineralnych, w rzeczy saméj nie usuwa powietrza atmosferycznego w szyjce flaszki zawartego. Przy téj sposobności prelegent zwrócił uwagę na potrzebę rozbioru chemicznego gazów ze zdrojów wydobywających się.

3. Doskonalszy i lepszy sposób usuwania powietrza atmosferycznego z flaszek, podany przez Freseniusza, jest bardzo kosztowny, wiele czasu wymagający i nie daje się zastósować przy rozsyłce wód na sprzedaż, zwłaszcza ze zdrojów mało wydajnych.

Obydwa te sposoby nie usuwają nadto tlenu w wodzie mineralnéj rozpuszczonego. Badania Planty, Kekulégo i Husemanna nad szczawami żelezistemi szwajcarskiemi okazały, z nich zaś wnosić można o wszystkich innych wodach żelezistych, że wody tego rodzaju zawierają tlenu pochłoniętego więcéj niż potrzeba do przeprowadzenia soli żelazawych w sole żelazowe. Że zaś dotychczas za mało zwracano uwagi przy rozbiorach chemicznych na ilość rozpuszczonych i pochłoniętych przez wody mineralne składników powietrza atmosferycznego, przeto prelegent wykazał potrzebę ilościowych oznaczeń tych składników w wodach mineralnych zawartych, dla racyjonalnego napełniania flaszek wodami lekarskiemi. Jak wiadomo nie wszystkie wody żeleziste z jednakową szybkością się rozkładają. Nietrwałość wód polega na braku ciał organicznych, które są ochroną od rozkładu dla wód żelezistych (Berzelius, Lersch, Bischof).

W celu zaradzenia niedostatkom dotychczasowego napełniania wód lekarskich należy:

1. Usunąć zetknięcie powietrza atmosferycznego podczas napełniania flaszek.

2. Usunąć potrzebę zanurzania flaszek w zdroju.

Tym wymogom zdaniem prelegenta czyni zadość przyrząd przez niego pomyślany. Składa się on z następujących głównych części:

a) z pompki tłoczącéj zanurzonéj w samym zdroju do pewnéj głębokości,

b) z rur doprowadzających wodę do

c) zbiornika zamkniętego ze wszech stron, napełniającego

flaszki za pomocą rurek sięgających do dna flaszki, otwierających się ciężarem tychże, a zamykających się same przez się po zdjęciu napełnionych flaszek.

Dr. Lutostański objaśnił pomysł i wyłuszczył zasady, na których konstrukcyja tego przyrządu polega.

Zalety jego są następujące:

a) usuwa zetknięcie się powietrza atmosferycznego z wodą mineralną,

b) ułatwia niezmiernie samą czynność napełniania.

W ciągu kilku sekund można napełnić 24 flaszki.

Flaszki za pomocą tego przyrządu napełnione a poprzednio najstaranniéj wymyte i wypłókane wodą mineralną, korkują się systemem igiełkowym, w Klosterneuburgu używanym.

Wody żeleziste zawierające pewną ilość ciał organicznych, napełnione tym sposobem, wybornie się w flaszkach trzymają. Do wód bardzo czułych na tlen z braku ciał organicznych, trzeba dodawać małą ich ilość.

Dla kontroli korków nie należy flaszek zaraz w pakach układać, lecz pozostawić je należy w położeniu leżącém przez 12 godzin, aby się przekonać, które flaszki ciekną.

Wypalanie roku napełnienia na dolnéj powierzchni korka nie daje pewności dla kupującego, że woda jest świeżą, gdyż dopiero po odkorkowaniu o tém przekonać się może. Lepiéj byłoby wyciskać rok napełnienia na flaszce.

W dyskusyi nad tym wykładem prof. Olszewski oświadcza, iż opis przyrządu jako powierzchowny nie zadowala go oraz zwraca uwagę na potrzebne wentyle w przyrządzie prelegenta. Dr. Lutostański odpowiada, iż przedstawił tylko pomysł w rysunku schematycznym i umyślnie jak na teraz poprzestał na tymczasowém pobieżném zawiadomieniu Komisyi balneologicznéj o pomyślanym przez siebie przyrządzie, ma bowiem zamiar starania się o patent wynalazku w Austryi i Cesarstwie Niemieckiém. Model i rysunki przesłane zostały do władz odpowiednich.

Sekretarz *Dr. Smoleński.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* C. k. Namiestnictwo wydało pod L. 30.577 następujący okólnik do wszystkich panów c. k. Starostów.

„Według ustawy z 30 kwietnia 1870 r. (D. u. p. l. 68 §. 8, lit. c.) są lekarze powiatowi obowiązani zwiedzić peryjodycznie miejscowości powiatów do urzędowania im przydzielonych.

Cel podróży jest: 1) dokładne obznajomienie się lekarza ze stosunkami zdrowotnemi każdéj miejscowości, 2) zarządzenie środków odpowiednich w celu usunięcia usterek czy to na miejscu przez lekarza, czy to przez c. k. Starostwo, względnie c. k. Namiestnictwo, a 3) zapoznanie wyższych władz ze stosunkami zdrowotnemi za pomocą sprawozdań zdrowotnych, w których zwięźle i ściśle według jednolitego wzoru mają być stosunki zdrowotne opisane.

Pan Starosta poleci przeto c. k. lekarzowi powiatowemu, względnie asystentowi sanitarnemu, by w każdym roku przedsiębrał zwiedzanie powiatu i zastósowywał się do załączonéj instrukcyi, z których jeden egzemplarz udzielisz Pan lekarzowi, drugi zatrzymasz w aktach c. k. Starostwa. Ponieważ jest rzeczą pożądaną, by w przeciągu 3 lat lekarz dokładnie obznajomił się ze stosunkami sanitarnemi wszystkich miejscowości powiatu i z takowych Namiestnictwu zdał sprawę, przeto dzieląc powiat mniéj więcéj na równe 3 części, wyznaczysz mu Pan miejscowości, które w każdym roku ma zwiedzić.

Również polecisz Pan lekarzowi rządowemu, by w miejscowościach, które zwiedzać będzie z powodu tamże panującéj choroby nagminnéj, zbadał stosunki zdrowotne tychże jak najdokładniéj i przedłożył sprawozdanie według wzoru instrukcyi dla podróży peryjodycznych, a mianowicie tych miejscowości, które odwiedzać będzie w czasie odpowiednim do zbadania tych stosunków i tak głównie na wiosnę i w jesieni.

Miejscowości te nie ma lekarz więcéj zwiedzać przy sposobności podróży peryjodycznéj.

Z końcem każdego półrocza, tj. w lipcu i grudniu, przedłożysz Pan c. k. Starosta w odpisie sprawozdania lekarza co do stosunków zdrowotnych tak miejscowości zwiedzanych przez niego w podróży peryjodycznéj, jak téż i przy innéj sposobności, oraz podasz Pan c. k. Starosta, co zarządził lekarz na miejscu w celu usunięcia tamże istniejących usterek zdrowotnych, co zostało zarządzone ze strony c. k. Starostwa, oraz wnioski co do zarządzeń wyjść mających ze strony c. k. Namiestnictwa.

Partykularze z podróży peryjodycznych należy przedkładać z wyraźném podaniem „za podróże peryjodyczne.“

Lwów dnia 13 czerwca 1880.

(Do okólnika tego dołączoną jest Instrukcyja z 21 §§. składająca się. Tym sposobem załatwioną została ostatecznie sprawa, o któréj pisaliśmy w Nrach 46 Przegl. Lek. z r. 1878, 28 z r. 1879 i 10 z r. b.).

Sprawozdanie o śmiertelności

w miastach Galicyi liczących nad 15.000 ludności, za czas od dnia 1 stycznia do 27 marca 1880 r. (Kwartał pierwszy).

Nazwa miasta	Ludność obliczona na (31 grudnia 1879 r.)	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Stosunek zmarłych obliczony na 1000 mieszkańców i na rok	Wiek zmarłych: 1 rok	2—5 lat	6—20 lat	21—40 lat	41—60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany	Przyczyna śmierci — Choroby zakaźne: Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.	Inne panujące choroby: Suchoty płuc	Zapalenie płuc, krtani i tchawicy	Inne ostre ch. roby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Cholerynа	Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.: Śmierć przypadkowa lub nieznana przycz.	Samobójstwo	Morderstwo
Lwów	110 623	1050	37.9	171	126	80	206	234	232	1	—	2	4	20	2	16	1	—	2	6	—	218	194	9	22	—	37	31	499	10	10	—
Kraków	63.600	625	39.3	127	84	50	137	129	98	—	69	—	5	9	2	6	1	—	—	5	11	91	121	34	3	—	23	—	235	7	3	—
Brody	19.0[illegible]5	234	49.2	59	19	13	29	44	70	—	—	—	2	13	2	2	1	—	—	—	2	25	36	9	2	—	12	—	123	4	—	—
Drohobycz	21.524	270	50.1	54	53	29	37	49	48	—	—	—	9	18	3	13	—	—	—	—	—	14	22	70	4	—	10	—	107	—	—	—
Kołomyja	20.046	237	47.3	68	65	20	29	29	26	—	—	14	1	28	1	—	—	—	—	1	—	18	55	4	1	—	2	—	115	—	—	—
Przemyśl	19 667	164	33.3	64	11	11	17	29	32	—	—	—	—	11	1	5	—	—	1	—	—	42	23	8	2	—	4	—	68	1	—	—
Stanisławów	15.691	227	57.5	62	27	18	32	38	50	—	—	1	3	28	4	4	—	—	—	—	—	34	19	3	—	—	—	—	128	2	1	—
Tarnopol	22 4[illegible]8	243	43.2	72	24	13	32	49	51	2	—	—	1	11	—	4	1	—	1	1	1	46	58	—	1	—	5	13	112	4	1	—
Tarnów	32.879	239	29.0	59	23	19	37	50	49	2	—	8	—	7	—	10	—	—	—	1	—	33	40	2	2	—	—	—	120	4	—	1
Razem		3289	4296	736	432	253	556	1643	563	5	69	25	25	145	15	57	4	—	4	14	14	521	568	139	38	—	104	44	1507	32	15	1
				23.3%	13%						372 = 11.2% ogólnéj liczby zmarł.																					

(Pod kolumnami „1 rok“ i „2—5 lat“: 23.3% 13% ogólnéj liczby zmarłych.)

(K. G.) Miejskie Rady zdrowia w Petersburgu i Moskwie. W początku lutego r. z. Rada miejska petersburska pod grozą dżumy utworzyła czasową wykonawczą komisyję zdrowia. Komisyja ta zbadała stan miasta pod względem sanitarnym za pomocą rewizyj dokonywanych w każdym cyrkule i dzielnicy przez osobnego delegata, przyczém okazało się, że stosunki sanitarne Petersburga przechodzą wszelką miarę pod względem nieporządku w miastach napotykanego. Gdy główną przyczynę tego stanowi brak odpowiedniego dozoru i kontroli nad tém, czy i jak wykonywane bywają przepisy, komisyja petersburska ułożyła

projekt ustawy sanitarnéj dla m. Petersburga z 81 paragrafów złożony. Komisyja petersburska przyszła do przekonania, że o rzeczywistéj poprawie stosunków sanitarnych mowy być nie może dopóty, dopóki istnieć nie będzie stały obywatelski organ sanitarny rozporządzający dostateczną liczbą dozorców a poświęcony wyłącznie opiece zdrowia publicznego w najobszerniejszém tego słowa znaczeniu,—proponuje więc utworzenie: stałéj miejskiéj wykonawczéj komisyi zdrowia publicznego. Komisyja ta zostawać ma pod zwierzchnictwem obywatelskiego zarządu miejskiego i składać się z 14 członków i przewodniczącego przez radę miejską wybranych i obowiązki swe honorowo pełniących.

Miasto ma być na kilka okręgów sanitarnych podzielone oddanych pod opiekę pojedynczym członkom komisyi. Komisyja zamianuje 2 lekarzy (z pensyją po 1500 rs), których obowiązki osobna określi instrukcyja. W każdym cyrkule ustanowiony będzie dozorca (inspektor) z pensyją 600 rs. W razie potrzeby może być w cyrkule i więcéj niż jeden dozorca czynnym, liczba ich nie może jednak przekraczać 36. Do dyspozycyi téj komisyi ma być wyznaczony fundusz 5.400 rs. rocznie (prócz etatu lekarzy i dozorców). Komisyja ta ma być na próbę obecnie na przeciąg lat 3 ustanowioną, poczém mogą nastąpić zmiany co do jéj składu, atrybucyj, uposażenia itd.

Projekt ten ustawy sanitarnéj został obecnie przedłożony zarządowi miasta i naczelnikowi policyi, poczém spodziewać się można, że Rada miasta zatwierdzi takowy.

W Moskwie Rada miejska już uchwaliła ustanowienie staléj komisyi sanitarnéj. W skład téjże mają wejść przewodniczący wybrany przez Radę miasta, 4 członków Rady miejskiéj, 8 inspektorów cyrkularnych (tyle jest cyrkułów w mieście), naczelnik policyi targowéj, 4 lekarzy sanitarnych, lekarz statystyk, lekarz mikroskopista, główny lekarz policyi miejskiéj, jeden z urzędników moskiewskiego oddziału rady handlowéj i przemysłowéj i po jednym delegacie z urzędów lekarskiego i policyjnego, jeżeli to władza za potrzebne uzna.

Plan czynności, etat i sposób wyboru członków lekarzy téj komisyi nie są jeszcze ogłoszone.

Praga. Utworzono tu miejską Radę zdrowia z 21 członków złożoną.

Statystyka epidemij. Ospa w tygodniu 26 nie zmieniła się w Londynie. Umarło 14, leczyło się w szpitalach 248, zapadło świeżo 47. W Pradze umarło 17, w Paryżu 51, w Wiedniu 5. Rzadsze bywają przypadki śmierci z tyfusu w Petersburgu, z brzusznego umarło 30, z powrotnego 37, z osutkowego 27. W Berlinie są częste przypadki śmierci z nieżytów żołądka i jelit. W tygodniu 27 umarło w Krakowie 5 z ospy, 2 z płonicy, 1 z duru brzusznego, 1 z duru osutkowego, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospicy (z Rynku l. 17), 3 duru osutkowego (z ul. Grodzkiéj l. 138, z ul. Długiéj l. 25 i z Kazimierza); 2 róży (z Grobli l. 18 i z Podbrzezia).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 25 umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 34,3; we Lwowie 47,0; w Warszawie 31,0; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 23,2; w Pradze 44,2; w Tryjeście 33,6; w Berlinie 51,0; w Wrocławiu 31,5; w Mnichowie 32,7; w Dreźnie 27,0; w Lipsku 23,4; w Bazylei 23,5; w Brukseli 22,4; w Paryżu 25,2; w Londynie 18,1; w Kopenhadze 25,2; w Stokholmie 23,6; w Chrystyjanii 19,1; w Petersburgu 47,9; w Odesie 52,7; w Wenecyi 24,4; w Bukareszcie 21,6; w Barcelonie 24,0; w Nowym Jorku 32,1; w Bombayu 30,3; w Madrasie 35,8. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 lipca. Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowna Redakcyjo!

W odpowiedzi na artykuł z dnia 7 lipca Nr. 28, nadsełam następujące sprostowanie, z prośbą o zamieszczenie w łamach szacownego Pisma.

„Ład we wszelkich kierunkach czynności zakładu jest utrzymany w zupełności, o czém się przekona mój następca.

Że zaś ładu i stosunków między urzędnikami utrzymać nie mogłem, nie jest winą moją, gdyż tylokrotnie prosiłem Wydział krajowy o zmianę. Sprzykrzyły mi się ciągłe napady dziennikarskie, co téż spowodowało mnie do wniesienia dymisyi. Życząc memu Następcy by szczęśliwiéj zakład zupełnie urządzony prowadził. *Kulparków d. 12 lipca. Dr. Maresch.*"

Czyniąc zadosyć życzeniu ustępującego dyrektora podajemy obronę jego w brzmieniu dosłownéṁ. Mówiąc „o napadach" dziennikarskich, zapewne nie miał nas na myśli, bo myśmy traktowali sprawy kulparkowskie bardzo oględnie, może nawet zanadto oględnie, nie chcąc być sędziami w obec wzajemnych, ustawicznych rekryminacyj; wzywaliśmy tylko do przestrzegania porządku i karności, które jeżeli w każdym szpitalu, to tém bardziéj są koniecznie potrzebne w zakładzie dla obłąkanych; żądaliśmy żelaznéj woli i energii ze strony przełożonego, ale i najściśléjszéj karności ze strony podwładnych (p. Przegląd Lek. 1878, Nr. 39). Sam p. Dr. Maresch przyznaje, że „ładu i stosunku między urzędnikami utrzymać nie mógł," ale mniema, że to nie jego wina. Być może; nie zwalamy wyłącznéj winy na byłego dyrektora, którego jako prymaryjusza wysoko poważaliśmy; ale musimy ustąpienie jego uznać za korzystne dla instytucyi, która pod jego przewodnictwem nie najlepszéj używała reputacyi. Jeżeli wódz naczelny przegra kampaniję, zapewne składają się na to liczne, po części od niego niezawisłe okoliczności; ale kto w razie wygranéj zbiera zaszczyty, nosi także całe brzemię odpowiedzialności w złéj doli, a że złą jest dola zakładu kulparkowskiego, nikt nie zaprzeczy.

Na 15 posiedzeniu bieżącéj kadencyi Sejmu galicyjskiego d. 7 lipca 1880 postawił Prezes Dr. Majer wniosek, dotyczący stosunku klinik do szpitala św. Łazarza w Krakowie. Wniosek ten po krótkiém uzasadnieniu przez wnioskodawcę odesłano na 17 posiedzeniu d. 9 bm. do komisyi edukacyjnéj, która już na 19 posiedzeniu d. 13 lipca złożyła sprawozdanie wnosząc:

1) Upoważnia się Wydział krajowy, ażeby część gruntu, będącego własnością szpitala św. Łazarza w Krakowie, około jednego morga wynosić mogącą, odstąpił bezpłatnie pod dwa pawilony kliniczne, kosztem rządu wystawić się mające.

2) Wydział krajowy złoży oświadczenie gotowości przyjęcia napowrót kliniki dzieci do szpitala św. Łazarza i takiego téjże umieszczenia, jakie miała przed przeniesieniem jéj w moc układu z r. 1876 do wystawionego przez prywatne Towarzystwo szpitala św. Ludwika; a to w tym razie, gdyby z jakiegobądź powodu w tym ostatnim zostawać nie mogła;

3) od żądania opłaty czynszowéj za umieszczenie kliniki chorób skórnych i syfilitycznych w szpitalu św. Łazarza Wydział krajowy odstępuje, uważając ją za ekwiwalent wymaganego przez rząd zasiłku na budowę kosztem funduszu edukacyjnego dwóch pawilonów klinicznych;

4) upoważnia się Wydział krajowy do ułożenia się z rządem względem wynagrodzenia za odstąpienie w szpitalu św. Łazarza sali wykładowéj dla kliniki chorób skórnych i syfilitycznych.

Przez ten wniosek załatwiono trzy sprawy wielkiéj dla Wydziału lek. doniosłości.

Co do pierwszéj a najważniejszéj to na tém, że kliniki nie są pomieszczone w szpitalu, ale zupełnie odrębnie, cierpi nauka, utrzymanie chorych więcéj kosztuje, Rząd więc zamyśla wybudować obok szpitala dwa pawilony kliniczne. Wychodząc jednak z tego punktu zapatrywania, że na tém zyska kraj i uniwersytet, bo liczba ogólna łóżek w klinikach wynosząca dziś 93 łóżek, ma być według projektu o 67 do liczby 160 zwiększoną pragnie Rząd, aby kraj się do tego przyczynił. Wydział kraj. tymczasem wychodząc z zasady, że stawiać i utrzymywać kliniki jest obowiązkiem Rządu, nie tylko niczém nie chciał się przyczynić, ale nawet za grunt, którego nikomu odsprzedać ani téż na inne prócz szpitalne cele użyć nie może, żądał zapłaty.

W skutek zapadłéj uchwały grunt ten zostanie Rządowi bezpłatnie odstąpionym, przez co kraj w miarę swéj możności przyczynia się do budowy pawilonów. Kraj odniesie przy tém korzyść, bo Rząd po zbudowaniu pawilonów klinicznych odstąpi administracyję Wydziałowi krajowemu; znaczny zysk mieć będzie fundusz szpitalny a zarazem wzmoże się o 67 ogółem liczba łóżek dla chorych, która dziś według sprawozdania Wydziału kraj. jest niedostateczna.

Dalsze uchwały zmierzają do uregulowania stosunków kliniki pedyjatrycznéj i syfilitycznéj, a o tyle wychodzą na korzyść Wydziału lekarskiego, że Rząd od podpisania deklaracyi, o któ-

réj w ustępie 2) mowa, czynił dotąd zawisłém systemizowanie posady asystenta kliniki pedyjatryczuéj.

* Bawi tu od dni kilku prof. fizyjologii Nawrocki z Warszawy, wracający z podróży naukowéj po Francyi i Szwajcaryi przedsięwziętéj.

* W zeszłą sobotę udało się kilkunastu uczniów starszych Wydziału lekarskiego na naukową wycieczkę w celu zwiedzenia zakładów zdrojowo-kąpielowych krajowych, Krynicy, Szczawnicy i Żegiestowa, pod kierownictwem asystenta kliniki lek., zachęceni i poparci w tym zamiarze przez prof. Dra Korczyńskiego.

* **Warszawa**. Na posiedzeniu Towarzystwa lek. w d. 6 bm. odbytém uchwalono wniosek komitetu wybranego celem przejrzenia słownika lekarskiego, skutkiem czego uwagi komitetu tego i poprawki przesłane zostaną Towarzystwu lek. krak.

* **Wiedeń**. Wydział lek. uchwalił prosić ministerstwa, aby profesorowie nadzw. nie według starszeństwa, lecz na mocy wyboru zasiadali w Wydziale z prawem głosowania.

* **Praga czeska**. Prof. Klebs zrezygnował z posady swéj z powodu, że Wydział lekarski nie zgodził się na rozszerzenie oddziału jego doświadczalnego w szpitalu powszechnym. Zapewne da się jeszcze uprosić do pozostania w Pradze.

* W Cieplicach czeskich do d. 4 bm. bawiło gości kąpielowych 5520.

\+ **Karlsbad** 3 lipca. Do dziś dnia było osób 15,722, o 1462 więcéj niż do tegoż dnia r. z. W pierwszéj połowie tygodnia dnie pochmurne, czasami drobny ciepły deszczyk, przy ciepłocie stale się utrzymującéj w cieniu na 15° R., w drugiéj połowie pogoda stała z takąż ciepłotą 20° R.

* **Mianowania i odznaczenia**. Docent fizyjologii w Berlinie Dr. Christiani mianowany został tamże profesorem nadzw.— Prof. Kupffer w Królewcu powołany został jako prof. anatomii do Monachijum. — Rodak nasz Dr. Henryk Borysiekiewicz habilitował się jako docent chorób ocznych we Wiedniu. — Dr. Jarisch potwierdzony został jako docent chorób skórnych we Wiedniu.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w d. 8 bm. w Uniwersytecie Jagiell. p. Henryk Mendelsburg z Krakowa.

* **Nekrologija**. W Paryżu umarł skutkiem apopleksyi w sile wieku, bo zaledwie w 56 roku życia, sławny chirurg i antropolog, prof. Paweł Broca, mianowany niedawno senatorem Francyi. Jest to strata dotkliwa nie tylko dla ojczyzny jego, ale dla całego świata cywilizowanego. — W Marburgu umarł farmakolog Karol Filip Falck.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 28: Dunina: Spostrzeżenia nad epidemiją tyfusu powrotnego, panującą w Warszawie w 1879 do 1880 r. (c. d.); Dymnickiego: Sprawozdanie z Buska (c. d.)

Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

Przeczytawszy w Nrze 26 Przeglądu Lek. list kol. Ściborowskiego ze Szczawnicy postanowiłem dobrym zachęcony przykładem napisać nieco z młodego jeszcze, bo dopiero kilka lat istniejącego uzdrowiska klimatyczno-żętycznego „Kulaszne.“

Co do bliższych szczegółów o stosunkach Kulasznego, odsyłam czytelników do Nru 14 Przeglądu Lek., w którym znajduje się treść odczytu mojego mianego na posiedzeniu Komisyi balneologicznéj. Tu wspomnę tylko, że Kulaszne jest stacyją kolei Przemysko-łupkowskiéj, ma więc w zakładzie koléj, pocztę i telegraf a tém samém zbliżone jest bardzo do wszystkich miejsc ziemi gromadnie zamieszkałych. Obfitość środków komunikacyjnych i inne warunki miejscowe rokują w przyszłości szybki wzrost i rozwój dla zakładu tak w Galicyi potrzebnego, który powstał i wzrasta siłą woli i energiją obecnego właściciela p. Truskolawskiego. Że słowa powyższe nie są czcze, świadczy najlepiéj z roku na rok powiększająca się liczba osób zwiedzających zakład, już to w celu kuracyi, już téż w celu wypoczynku tu przybywających.

Zakład Kulaszne dopiero obecnie, bo przed półtora miesiącem przez Wys. Wydział krajowy za publiczny uznany został, na podstawie orzeczenia radcy sanitarnego Dra Riegera, który komisyi na miejscu dokonał. Kulaszne cieszyło się dotąd przeciętną liczbą stu osób przez sezon a obecnie, jakkolwiek dopiero od czterech tygodni otwarte, mieści do pięćdziesięciu osób i ma tak liczne zamówienia na mieszkania, że zarząd zakładu wkrótce znajdzie się w kłopocie, bo nawet na sierpień trudno będzie wynaleść jaki kątek.

Nie mogę pochwalić się, abym tu miał jak np. w Szczawnicy straż kąpielową umundurowaną i setki krzeseł w parku, osobną salę balową itd., ale nie mogę téż nie wspomnieć, że i w Kulasznem sala restauracyjna wystarcza na urządzenie ładnego baliku i wygodnie może pomieścić z 50 par tańczących. W parku mamy dość dużo i wygodnych ławek, gimnastykę, wiele gier towarzyskich a co najważniejsza to piękną, górską, bystrą rzekę Osławę, płynącą środkiem zakładowego parku. Mamy na Osławie kładkę prowadzącą na góry lekko wznoszące się po jéj prawym brzegu, jak również łazienki nad rzeką, w któréj kąpiele doskonałe. Bacik pływający na rzece przyczynia się także znacznie do uprzyjemnienia pobytu w Kulaszném. Cały teren zakładu dokładnie wyszutrowany, tak że nawet po najulewniejszym deszczu suchą nogą przechadzać się można. Ponieważ w roku bieżącym po większéj części tylko ozdrowieńcy i lekko chorzy do zakładu się zjeżdżają, mamy n dzieję, że dobrze bawić się będziemy, w tym celu téż zarząd myśli urządzać wieczorki tańcujące, z których pierwszy już się odbył dnia 4 lipca i udał się znakomicie. Towarzystwo głównie z inteligencyi złożone zajmuje się téż żywo sprawami bieżącemi, czytuje chciwie dzienniki, których tu z wybitniejszych po kilka egzemplarzy się znajduje. Przybycia pociągu kolei od Przemyśla wyczekuje się tu tłumnie oblegając dworzec z nadzieją otrzymania listu, gazety, przesyłki lub wreszcie zobaczenia znajoméj twarzy. W sali restauracyjnéj ustawiony jest fortepijan. Pozycyja lekarza zakładowego w takich okolicznościach staje się wcale przyjemną, tém bardziéj, że posada ta w zakładzie nie bardzo licznie odwiedzanym nie przedstawia wiele czynności, a sezon taki raczéj za czas wypoczynku po pracy szpitalnéj całorocznéj, aniżeli za wysiłek poczytywać można.

O stosunkach koleżeńskich w okolicy to powiedzieć mogę, że są one bardzo przyjemne i życzę sobie, bym zawsze w takich się obracał. Znajdując się blisko Sanoka nie mogłem się powstrzymać, aby nie odwiedzić kilku tam praktykujących kolegów. Przyjęty bardzo serdecznie, doświadczyłem wielkiéj przyjemności znalazłszy się w tamtejszym szpitalu nowym i wzorowo urządzonym a zostającym obecnie pod kierunkiem Dra Skalskiego. Wszystko co nowe w nauce, jest tu stósowane a czystość i porządek nie pozostawiają nic do życzenia.

Ramy korespondencyi nie pozwalają się więcéj rozpisywać, kończę więc w nadziei, że może jeszcze kiedy zostanie się jaki odcinek Przeglądu, na którym będę mógł się podzielić z kolegami wrażeniami z mojéj praktyki w Kulasznêm i zostaje dla szanownego Pana Redaktora z winnym szacunkiem

Kulaszne, 6 lipca 1880 r. *Dr. Michał Śliwiński.*

Piśmiennictwo lekarskie. JASINSKI. Welches Heilverfahren liefert bei der chron. Lungenschwindsucht die besten Resultate. Vortrag. Nach dem polnischen bearb. v. J. Schultze. 8. Breslau, Buch. d. schles. Presse. M. 0·80.

Do Nru dzisiejszego dołącza się dodatek: Sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia delegatów Towarzystwa Lekarzy gal. w dniu 28 czerwca r. b.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 24 lipca 1880. **Nr 30.** **Rok XIX.**

TREŚĆ: I. KACZOROWSKI. Przyczynki do przetoczenia krwi do jamy otrzewnowéj. (Dok.) — II. DOMAŃSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. (C. d.) — III. RYDYGIER. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowéj. (C. d.) — IV. *Oceny i sprawozdania*: BURCKHARDT-MERIAN: O stosunkach płonicy do chorób przyrządu słuchowego. DAY i THORNTON. WEISSENBERG. — *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Odcinek:* Sprawy szpitalne w Sejmie. — BOGDANIK. Listy z Londynu. III. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Przyczynki do przetoczenia krwi do jamy otrzewnowéj.

Podał Dr. Kaczorowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 29.)

Przypadek III. Hrabina D., od kilku lat okazująca objawy gruźliczego zajęcia prawego płuca, a od roku przeszło nosząc w górnym zrazie przestronną jamę, w dolnym zaś zbity naciek, nader obfitemi plwocinami, nieżytem narządu trawienia, trawiącą gorączką doprowadzoną została do upadku sił, który lada dzień zdawał się zapowiadać niechybny zgon. Chora, usłyszawszy z boku o pomyślnym wyniku przetoczenia w Iym przypadku, sama zaproponowała mi, czybym i u niéj nie zechciał zastósować tego środka, wydającego się jéj ostatnią kotwicą utrzymania życia. Nie mając serca odmówienia jéj tego promyku nadziei, choć bez wiary wstrzyknąłem dnia 21 maja 250 gm. krwi do brzucha. Odczyn po rękoczynie w tym razie prawie był żaden, wyjąwszy lekki ból w miejscu przekłócia, na który chora żadnéj uwagi nie zwracała. Pod względem ciepłoty chora, z wyjątkiem rannych godzin ciągle gorączkując, nie pozwalała zbierać danych, któreby do reakcyi przetoczeniem wywołanéj odnosić można. Trzeciego dnia po przetoczeniu zaczęła tak otaczających jak i mnie samego uderzać wielka zmiana w usposobieniu i ogólnym stanie pacyjentki.

Być może, że pobudzona niezwykłym środkiem leczniczym wyobraźnia choréj nie małą tu odgrywała rolę, wystąpił bowiem bardzo podniosły nastrój moralny, odezwało się bardzo ożywione, niebywałe dotąd łaknienie, ale i przedmiotowe objawy, jak kaszel, poty w korzystniejszém przedstawiały się świetle, a na twarzy niedawno trupiéj bladości rozlewał się lekki odcień różu. Zwodnicze rokujący nadzieje zwrot jednak już w tydzień potém zwichnięty został niestrawnością od morskiéj ryby, po któréj utrata łaknienia i biegunka w krótce przyprawiły chorą o wielki znowu upadek. Nie mogąc się oprzeć prośbom zrozpaczonéj choréj przystąpiłem w dwa tygodnie po pierwszém do powtórnego przetoczenia. W chwili, gdym przygotowawszy wszystko zabierał się do przekłócia brzucha, tak gwałtowny i długotrwały nastąpił napad kaszlu, że trzeba było się wstrzymać z rękoczynem blizko półgodziny. Tym czasem ostygła w przyległym pokoju używana do ogrzewania krwi woda, skutkiem czego krew, jak się zdaje, takiéj nabrała spoistości, że przylegając do ścian trochę małego lejka, nawet przez szyjkę jego przechodzić nie chciała i tym sposobem cały rękoczyn udaremniła. Na nic nie przydało się ponowne ogrzanie krwi, ucisk hydrostatyczny krwi napełniającéj lejek mający tylko 5 cm. górnéj średnicy, nie wystarczał do zwalczenia oporu powietrza w szyjce lejka nagromadzonego. Nie pozostawało jak zaprzestać rękoczynu i wydobyć rurkę trójgrańcową z brzucha, a jakkolwiek ta przeszło 25 minut tam spoczywała i wolnego dozwalała do jamy brzusznéj przystępu powietrza, żadna szkodliwa nie nastąpiła reakcyja otrzewny. Rzecz oczywista, że krótkotrwałe polepszenie ogólnego odżywienia, po pierwszym przetoczeniu krwi wynikłe, nie upoważnia do uzasadnionego wniosku o leczniczéj korzyści téj metody w suchotach płucnych, tém mniéj, że w przerzeczonym przypadku zbyt daleko posunięty okres choroby zapewne wyklucza wszelką możliwość powstrzymania destrukcyjnéj sprawy. Wszelako poucza przynajmniéj ostatnie doświadczenie o tyle, że suchotnicy bardzo dobrze znoszą rękoczyn, lepiéj nawet, aniżeli osoby niegorączkujące, co powinno dawać zachętę, mianowicie u osób niezbyt daleko jeszcze w suchotach zaawansowanych, do dalszych doświadczeń owego potężnie odżywczego środka.

Przypadek IV. Jadwiga Błażejewska, 50 lat licząca, wdowa, od roku cierpi ustawiczne bóle w lewém podbrzuszu i krzyżach, w wysokim stopniu wychudzona i niedokrewna, z powodu ogólnego osłabienia zupełnie niezdatna do pracy. Jako przyczynę téj niemocy badanie wyśledza nieżyt szyjki maciczném połączony z gąbczastem owrzodzeniem ust macicznych. Miesiączka już od 6 lat ustała, natomiast od tego czasu odchodzi obfity upływ ropiasty, często z krwią zmieszany.

Chora nadzwyczaj nadczuła i tak na siłach podupadła, że ledwo na nogach utrzymać się może, od kilku miesięcy nie opuszcza łóżka, ale i tak jeszcze na ustawiczne zimno narzeka. Pomimo, że źródło choroby przyżegnięciem za pomocą przyrządu Paquelina zniesiono, odżywienie nie robi postępów. Pozbawiona zupełnie łaknienia, nie znosi chora leków skrzepiających. Chcąc zatém przyspieszyć naprawę krwi, przetoczyłem dnia 8 b. m. około 600 gm, krwi do brzucha. Wylękniona już przygotowaniami do operacyi chora bardzo niespokojnie zachowywała się w czasie onéjże, krzyczała i drżała na całém ciele, podczas wlewania krwi narzekała na mdłości, a po ukończeniu wszystkiego na znaczny ból brzucha poniżéj miejsca przekłótego. Pod wieczór ciepłota podniosła się do 38,2 i przez pięć następnych dni utrzymywała się wyżéj prawidla, trzeciego dnia nawet do 39,4° dochodząc, poczém znów zwolna z rannemi zwolnieniami opadała. Na równi z gorączką utrzymywał się i ból brzucha, odzywający się jednak tylko pod uciskiem. Prócz zaparcia stolca innych objawów podrażnienia otrzewny nie było. Osmego dnia po przetoczeniu chora opuściła łóżko, wychodzi choć bardzo jeszcze słabo na świeże powietrze, nabiera łaknienia i przestaje narzekać na dawne bóle. Nitkowate przedtém i przyśpieszone tętno zaczyna się wzmagać a nawet lepsze zabarwienie błon śluzowych i twarzy świadczy o rzeczywistém namnożeniu się czerwonych ciałek krążącéj krwi. Mimo więc dość znacznego odczynu wywołanego przetoczeniem, większego aniżeli w wszystkich poprzednich przypadkach, uporczywie trwająca niedokrewność tak szybko zaczęła się zmieniać ku lepszemu, że wszelkie powątpiewania o przejściu wstrzykniętéj krwi do obiegu ustąpić powinny.

Otóż przebieg doświadczeń moich, jakkolwiek nie dosyć licznych, ażeby nowéj metodzie przetaczania ugruntować niezachwianą podstawę w dziedzinie terapii, pozwalających jednakże niektóre uczynić na jéj korzyść wnioski.

Nasamprzód pokazuje się, że wprawdzie odczyn po rękoczynie na otrzewną jest daleko silniejszy aniżeli u zwierząt. Występuje bowiem wyraźne, choć ograniczone podrażnienie otrzewny, tj. w dolnéj części jamy brzusznéj, gdzie wlana krew pozostaje, wyrażające się w miernym bólu brzucha i kilkudniowéj lekkiéj gorączce. Reakcyja ta okazała się daleko mniejszą u chorych gorączkujących, aniżeli wolnych poprzednio od gorączki.

Szkodliwych jednak ztąd następstw dla zdrowia nie uważano. W takim składzie rzeczy zadziwia mię niepomału, że w Wrocławiu, kolebce téj nowéj metody, wedle opowiadania prof. Biermera, w obec tutejszych kolegów, w ostatnim czasie bardzo niefortunne z powodu owegoż przetoczenia zajść miały przypadki. Szczegółowo wymienił p. profesor przypadek niewiasty chorobą syfilityczną dotkniętéj, któréj z powodu wygórowanéj niedokrewności wstrzyknięto krew do jamy brzusznéj, a która skutkiem tego umarła na zgniłe zapalenie otrzewny. Smutny ten przypadek miał sprawić, że tam zupełnie zaprzestano dalszych doświadczeń [1]).

Nie przesądzając wcale owego faktu, śmiałbym jednak przypuszczać, że chyba niedopilnowanie przepisów antyseptycznych przyczyniło się do tak niepomyślnego zejścia.

[1]) Na wystósowane w tym względzie wprost do p. prof. Ponficka zapytanie odebrałem odpowiedzi, że tylko w owym jednym dopiero co wymienionym przypadku nastąpiła po kilku tygodniach śmierć z powodu zapalenia otrzewny i to prawdopodobnie z przyczyny niedokładnego postępowania przeciwgnilnego.

Co się tyczy wyniku leczniczego, wykonane przezemnie doświadczenia w wszystkich przypadkach przemawiają za mniéj więcéj wyraźnym, ale zawsze zbawiennym skutkiem, który w pierwszym przypadku żadnéj nawet niedopuszcza wątpliwości.

Kwestyja, czy wstrzyknięta do jamy brzusznéj krew i u człowieka całkowicie tj. z zachowaniem czerwonych ciałek ulega wessaniu i w jakim przeciągu czasu, nie da się naturalnie na drodze doświadczalnéj rozstrzygnąć tak jak u zwierząt; uwidoczniająca się jednak w trzecim dniu po przetoczeniu poprawa ogólnego stanu dowodzi choć w przybliżeniu analogicznéj sprawy, jaką Obaliński w doświadczeniach swoich na psach wykazał. Powolne wsysanie krwi z jamy brzusznéj do naczyń krwionośnych zakreśla też z góry wskazania do zastósowywania metody Ponficka.

Nie można sobie po niéj obiecywać wielkiego sukcesu w nagłych przypadkach ostréj niedokrewności, jak np. w wielkich krwotokach; zkąd wypływałoby, że ta metoda nie zdolna zastąpić zwyczajnéj transfuzyi do naczyń. Obaliński, wypowiadając toż samo zdanie podaje myśl, ażeby w takim razie dopomódz sobie t. zw. autotransfuzyją, tj. założeniem opaski elastycznéj na odnogach, dopóki pewna część wstrzykniętéj do brzucha krwi wessaną nie zostanie. Nie zdaje mi się, czyby chorzy tak długo znosili bardzo bolesną konstrykcyję opaski elastycznéj. Przychodzi mi raczéj inna myśl skupiania krwi około ważniejszych narządów ustroju, oto zakres uchylenia krwi z odnóg za pomocą elewacyi, praktykowanéj już przez chirurgów, celem uczynienia bezkrwistemi członków przy krwawych operacyjach. Powieszenie razem spętanych odnóg na kółku nad łóżkiem przytwierdzoném dałoby się przez dłuższy czas bez zbyt wielkiéj dla chorego przykrości przeprowadzić. Obok takiéj anemizacyi odnóg możnaby jeszcze zaleconym przez Dra Koehlera sposobem przy krwotokach połogowych zwabiać krew do ośrodka krążenia w rdzeniu przedłużonym za pomocą okładania tylnéj części głowy gorącym piaskiem tak długo, dopóki dostateczna ilość krwi z jamy brzusznéj w obieg nie wnijdzie. W przypadkach natomiast przewlocznéj niedokrewności, np. w upornéj błednicy, w białaczce, w wycieńczających chorobach gorączkowych, np. w długotrwałym durze brzusznym, ropnicy, septikemii, otruciu tlenkiem węglowym, nowéj metodzie przetoczenia rokować można wielką przyszłość, ile że wykonywanie jéj przystępném być winno dla każdego lekarza.

Na końcu pozwolę sobie jeszcze kilka słów powiedzieć o technice rękoczynu, w gruncie rzeczy bardzo prostéj, wymagającéj jednak przestrzegania niektórych drobnych okoliczności, mogących, jak mnie doświadczenie nauczyło, całą rzecz zwichnąć.

Naprzód samo się przez się rozumie, że w wszelkich szczegółach rękoczynu jak najskrupułatniéj zachować należy przepisy postępowania przeciwgnilnego, wymaganego obecnie przy każdéj ważniejszéj operacyi. Jeżeli tak postępujemy, zgoła niezrozumiałą dla mnie jest rzeczą, jak z powodu wiadomego przetoczenia krwi powstać może zgniłe zapalenie otrzewny.

Pole operacyjne tak osoby, która krew daje jak téj, która ją bierze, dokładnie oczyścić i rozczynem 5% kwasu karbolowego zmyć należy. Naczynia i narzędzia służące do przetoczenia powinny tak samo dokładnéj uledz dezinfekcyi.

Ponfick używa do przetoczenia przyrządu lejkowatego Hegara, którego rurka kauczukowa połączona jest wydrążoną igłą, skośno ściętą, kurkiem dającą się zamykać. Zam-

knąwszy rurkę napełnia cały przyrząd krwią i dopiero przekłuwa brzuch igłą. Nie mając pod ręką igły zamykającéj się używałem zwyczajnéj, albo trójgrańca, na który dopiero po przekłóciu brzucha nadziewam rurkę.

Otóż ostrzegam, że igła czy trójgraniec powinny mieć przynajmniéj jeden milmtr. a lejek szklany około 10 cm. średnicy; inaczéj bowiem ciśnienie hydrostatyczne lepkiéj i do ścian obu narzędzi mocno przylegającéj krwi może być niedostateczne do wytłoczenia krwi w jamę brzuszną i tém samém, jak tego dwa razy doświadczyłem, rzecz udaremnić.

Trójgraniec zdaje mi się zasługiwać na pierwszeństwo przed igłą, ponieważ końcem igły, pozostającym w jamie brzusznéj, można kaleczyć wnętrzności.

Bezpieczniejszym mi się tak samo wydaje trójgraniec łukowato zagięty, aniżeli prosty, którym szczególniéj przy mocno napiętéj ścianie brzusznéj łatwo przekłuć można jelito (Obalińskiemu raz wydarzyło się, że krew wstrzyknięta psu do jamy brzusznéj zaraz potém rzycią wyszła).

Do zebrania krwi potrzebne są dwa szklane naczynia (używano szklanek kształtu tulipanowego, służących do przechowania moczu), jedno przy upuście krwi, drugie do przecedzenia, do czego używano zwyczajnéj (nie Listerowskiéj) gazy podwójnie złożonéj a poprzednio w kwasie karbolowym wymoczonéj. Do odwłóknienia krwi praktyczną jest mątew kuchenna, wirująca za pomocą korby.

Naczynia krew przechowujące ciągle zanurzone są w wodzie na około 40° ogrzanéj.

Przed operacyją wypróżnia się choremu pęcherz i odbytnicę.

Najstósowniejszém miejscem do przekłócia jest środkowa część białéj linii, w którą uniósłszy podłużną, dość wysoką zmarszczkę, wbija się szybko trójgraniec w poziomym kierunku. Cofnąwszy sztylet, nadziewa się rurkę kauczukową i powoli przez lejek krew wlewa; ranę od przekłucia zasmarowuje kleiną jodoformową.

Co do ilości przetaczającéj się krwi, Ponfick używał od 200 do 500 cm.; przekraczać tę ilość zdaje się być rzeczą ryzykowną- ponieważ właśnie po wstrzyknięciu 550 i 600 gramów daleko silniejsza nastąpiła zapalna reakcyja, która, jak przypuszczać się godzi, nawet do rozpadu pewnéj ilości czerwonych ciałek krwi przyczynić się winna.

II. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

8. Co do mózgu, musimy przedewszystkiém powtórzyć to, o czém jużeśmy nieraz wspomnieli, że w nim zmiany, o których mowa, w ogólności nie różnią się niczém od zmian kiłowych w innych organach. Tak samo téż możemy je podzielić na stwardnienia i kilaki.

Stwardnienie kiłowe polega naprzód na bujaniu komórek, które mnożą się a następnie ściągają, ściskają i przyprowadzają do zaniku położone między niemi pierwociny nerwowe. Dla tego téż miejsca takie przedstawiają konsystencyję od prawidłowéj znacznie większą, którąby najłatwiéj można porównać z twardością wątroby. Barwa ich w ogólności jest ciemniejsza od miąższu prawidłowego i przedstawia rozmaite przejścia od jasno szarawéj do żółtawéj i różowawéj. Że to stwardnienie jest następstwem tężenia tkaniny nowo utworzonéj, wątpliwości nie ulega, a z postrzeżeń w niektórych przypadkach, które rychło zakończyły się śmiercią, wnosić można, iż w pierwszych okresach życia tych świeżo powstałych komórek miejsca późniéj stwardniałe okazują konsystencyję od prawidłowéj nawet mniejszą.

Stwardnienie, o którém mowa, jest zazwyczaj rozlane i zawsze częściowe, chociaż niekiedy rozległe.

Rzadziéj tworzą się stwardnienia w większéj liczbie rozsiane po rozmaitych miejscach mózgu.

Kilak mózgu stanowi naciek rozlany lub guz ściśle ograniczony; w pierwszym razie przedstawia niejakie podobieństwo do zgęszczonéj ropy, w któréj badanie wykazuje nieraz zdrowe zupełnie pierwociny nerwowe; w drugim guz jest prawdziwym kilakiem, który w ogólności nie różni się niczém od kilaków w organach wewnętrznych tworząc obrzmienie rozmaitéj wielkości: od orzecha do jaja kurzego, twarde, na przekroju w obwodzie szare lub żółtawo różowe, w środku żółtsze (z powodu zmiany sérowatéj), rozmaitych kształtów, nierzadko do danego miejsca zastósowanych. Zazwyczaj kilak otoczony jest substancyją nerwową zapaloną, stwardniałą, która do pewnego stopnia stanowi jakoby jego osłonę. Liczba kilaków w mózgu jest najczęściéj ograniczona nie przechodząc prawie nigdy liczby pięciu, nierzadko znajduje się tylko jeden. Kilaki znajdują się wszystkie blizko siebie albo są rozrzucone po rozmaitych miejscach mózgu. Jakoż znaleziono je już prawie we wszystkich okolicach, w jednych atoli częściéj, w drugich bez porównania rzadziéj. Najczęściéj trafiają się w półkulach mózgowych, przedewszystkiém blizko ich powierzchni i substancyi korowéj. Zdaniem Fourniera $^3/_4$ wszystkich kilaków w mózgu znajduje się na powierzchni tego organu a według Heubnera wątpliwą jest rzeczą, czy kilaki trafiają się w głębi mózgu tak, by nie zostawały w związku z oponami. Daléj wykazały badania statystyczne, że kilaki są częstsze w przednich niż tylnych częściach, częstsze na podstawie a mianowicie w jéj środku koło siodła tureckiego, niż w innych okolicach mózgu.

Pod względem przebiegu, o ile sądzić można z obserwacyj klinicznych, kilaki w mózgu rozwijają się nader powoli potrzebując do tego wielu miesięcy a rozwinąwszy się raz zostać mogą dlugo w jednym stanie lub uledz dalszym zmianom a temi są:

Pod wpływem odpowiedniego leczenia mogą uledz przemianie wstecznéj i całkowitemu wessaniu tak, że albo z nich nie pozostaje ślad żaden albo tylko nieznaczne blizny w postaci zagłębień na powierzchni mózgu, pasemek żółtawych itp.

Kilaki zostawione samym sobie lub opierające się leczeniu ulegają takim samym przemianom, co i w innych organach wewnętrznych: miękną i przechodzą w płyn złożony prócz cieczy z komórek zwyrodniałych i kryształków cholesterynu. Co się z niemi następnie dzieje, niewiadomo na pewne; prawdopodobnie dają początek torbielom, które już nieraz widziano u kiłowych.

9. Rozpoznanie anatomiczne nieraz łatwe czasem jest tak trudne, że jedynie dokładne bardzo badanie mikroskopowe dać nam może niejaką pewność a i tak jeszcze można nie wiedzieć, czy guz dany odnieść należy do gruźlicy lub do kiły. Jeżeli się sprawdzi twierdzenie Cohnheima, że o naturze gruźliczéj danego tworu chorobowego rozstrzyga tylko etyjologija a ostatecznie możność przeniesienia, tj.

zaraźliwość czyli wywoływanie przez odpowiednie szczepienie gruźlicy, to nic dziwnego, iż w wielu razach trudno odróżnić gruzełki od kilaka w mózgu, gdzie, jak już Virchow dawniéj oświadczył, te dwa twory, pod względem etyjologicznym tak różne, pod względem anatomicznym nawet mikroskopijnym są przecież do siebie podobne. Mimo tego następujące okoliczności mogą zdaniem Fourniera posłużyć do rozpoznania:

Kilak trafia się, jakeśmy już powiedzieli, najczęściéj blisko powierzchni mózgu, gdy gruzełek wyszukuje sobie zwykle części mózgu głębsze.

Kilak stósuje się do danego miejsca i dlatego nie jest tak regularny i okrągły jak gruzełek.

Kilak otoczony jest jakoby torebką z tkaniny stwardniałéj, włóknistéj, gdy gruzełek przeciwnie zostaje w bezpośrednim związku ze substancyją nerwową.

Kilak sérowacieje przeważnie miejscowo i głównie w samym środku, gdy gruzełek sérowacieje prawie w całéj swéj objętości. Wreszcie gruzełek trafia się u osób młodych cierpiących na gruczoły limf. lub zmiany gruźlicze w innych organach, przeważnie pojawia się w móżdżku, gdy kilak występuje w wieku o wiele późniejszym obok innych zmian kiłowych czyto w mózgu czy w innych organach.

10. Z ogólnych to już zasad patologii wypada, że mózg nie może pozostać obojętnym ani względem kilaków ani względem opisanych zmian w tętnicach czyli innemi słowy: oddziaływa na zboczenia anatomiczne kiłowe w sposób zwykły, tj. podlega następstwom będącym wprawdzie skutkiem zmian anatomicznych kiłowych, ale nie mających w sobie nic kile właściwego.

Zboczenia te są dwojakie: zapalne i ischemiczne. Zmiana anatomiczna kiłowa w mózgu gra oczywiście do pewnego stopnia rolę ciała obcego dla substancyi nerwowéj, która oddziaływać nań będzie zapaleniem. Do zmian téż zapalnych policzyć należy ową osłonę kilaków, o któréj wspomnieliśmy poprzednio. Ponieważ zaś kilaki pojawiają się w mózgu najczęściéj blisko powierzchni a tém samém w sąsiedztwie opon, łatwo przeto pojąć, że tym sposobem powstają ograniczone zapalenia opon tudzież takież zapalenia mózgu. Zapalenia te oczywiście rozwijają się powoli, jak powoli rozwija się ich przyczyna, ograniczając się zwykle do sąsiedztwa najbliższego zmian kiłowych. Do wyjątków téż policzyć należy zapalenie rozleglejsze i ostre, z których jeden opisał Gamel. W tym przypadku chory syfilityczny dostał wszelkich objawów zapalenia mózgu i opon i wśród szybkiego przebiegu choroby umarł w dniu jéj 9tym a sekcyja wykazała kilak wielkości orzecha w rogu czołowym prawéj komórki obok rozległego zapalenia opon.

O wiele ważniejszemi są zmiany będące skutkiem niedostatecznego lub wcale wstrzymanego dopływu krwi z przyczyny tkwiącéj pierwotnie lub następowo w naczyniach, jakeśmy to poprzednio wykazali. Jeżeli dopływ krwi w ten czy ów sposób zostanie upośledzonym lub wstrzymanym, pierwszém będzie tego następstwem utrata funkcyi odpowiedniéj części czyli zboczenie z początku tylko czynnościowe. Jeżeli to zboczenie w krążeniu trwa dłużéj lub wysokiego dosięga stopnia, przychodzi do zboczenia w odżywieniu, po prostu do jego przerwy a przez to miejscowéj zgorzeli, która w mózgu objawia się rozmiękczeniem. Zdaje się, że jeżeli krążenie ustawało powoli, przychodzi do rozmiękczenia białego, jeżeli prędko, do rozmiękczenia czerwonego.

Rozmiękczenie czerwone tłumaczy się według Cohnheima w ten sposób, że w razie nagłego zatamowania przypływu krwi naczynia tętnicze pozbawione materyjału odżywczego przez właściwe naczynia do nich dopływającego ulegają zboczeniom w odżywianiu z jednéj strony, z drugiéj zaś przy nagłém zmniejszeniu ciśnienia przez przeszkodę w krążeniu krew żylna dostaje się w odwrotnym kierunku przez naczynia włosowate do tętnicy zatkanéj i przepuszczona ze swemi ciałkami do miąższu nadaje obumarłéj tkaninie nerwowéj to właśnie zabarwienie czerwone, od którego pochodzi miano rozmiękczenia czerwonego. Rozmiękczenie białe jest po prostu czystą zgorzelą substancyi mózgowéj bez domieszki innych części.

Rozległość i miejsce rozmiękczenia tłumaczą się ze stósunków anatomicznych naczyń w mózgu, o czém jużeśmy poprzednio wspomnieli. Powiedzieliśmy mianowicie, iż kiłowym zmianom ulegają przeważnie tętnice na podstawie mózgu; łatwo zatém pojąć, iż rozmiękczenia trafiać się muszą przedewszystkiém w częściach zaopatrywanych przez te naczynia, mianowicie zatém w wielkich zwojach mózgowych, jak np. ciałku prążkowaném, wzgórku wzrokowym, do czego w nader wysokim stopniu przyczynia się także i ta okoliczność, że w okręgu podstawowym mózgu mamy tętnice końcowe tak, iż zmiana kiłowa małego nawet naczynia prowadzić musi do rozmiękczenia z powodu niemożności wytworzenia się krążenia obocznego. W obiegu korowym z powodu systemu anastomotycznego tętnic i rzedszego występowania w nich zmian kiłowych nie przychodzi ani tak często ani tak łatwo do rozmiękczenia, lubo nagłe zatrzymanie dopływu krwi nie może pozostać bez wpływu na funkcyję kory mózgowéj, zanim wytworzy się krążenie oboczne.

11. Jakie mają znaczenie kliniczne dla objawów kiły te stósunki anatomiczne i fizyjologiczne, zobaczymy póżniéj.

Tu nadmienimy tylko, że pod względem patologicznym zboczenia następowe w mózgu są zazwyczaj bez porównania o wiele ważniejsze od zmian pierwotnych, raz z powodu znacznéj nieraz rozległości, powtóre z powodu całkowitéj prawie dla leczenia niedostępności. Słusznie téż twierdzi Fournier, że rzadko bardzo a może nigdy nie umierają chorzy na pierwotne i właściwe kile zmiany anatomiczne w mózgu, lecz przeciwnie prawie zawsze giną na zboczenia proste będące jedynie następstwem zmian kiłowych takiém samém, jak i innych zmian w mózgu z kiłą żadnéj styczności nie mających.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowéj.

Napisał Dr. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29.)

Przypadek 9ty. Stachowski Paweł, 10 lat liczący, syn gospodarza, przybył dnia 30 kwietnia 1880 r. Rodzeństwo i rodzice zdrowi, familijnych chorób nie ma. Przed 2ma laty podobno po spadnięciu z wozu zaczął kuleć, a od grudnia 1879 poczęła odnoga w kolanie prawém się krzywić i boleć. Chory dotychczas wcale się nie leczył.

Badanie dnia 30 kwietnia 1880. Chłopiec dość dobrze odżywiony i na swój wiek dobrze zbudowany. Płuca

i serce prawidłowe. Odnoga dolna prawa chudsza niż lewa i w kolanie pod kątem 100—110° zgięta. Kłykieć wewnętrzny sterczy ku wewnątrz. Tuż nad główką piszczeli od przodu miejsce chełbocące wielkości orzecha włoskiego. Obwód kolana prawego w środku 31, lewego 29, obwód kolana prawego nad rzepką 29, lewego 28, obwód kolana pod rzepką 27, lewego 27. Ruchy bierne ograniczone i bolesne; chory chodzi o kuli dotykając podstawą palców ziemi. Chora odnoga o 1 cm. skrócona. Osteofon wykazuje na kolanie prawém chorém odgłos wyraźnie jawniejszy, pełniejszy; zbliża się bardzo do bębenkowego', na kolanie lewém krótszy i tępszy; w skutek tego rozpoznaliśmy jeszcze przed operacyją znaczne rozrzedzenie istoty kostnéj. Ciepłota wynosi 39,0. 1 maja ciepłota przed operacyją 33,4 tętno 104.

Tegoż dnia wykonałem w zwykły sposób wypiłowanie stawu chorego bez opaski Esmarcha, a z pozostawieniem chrząstek nasadowych tylko cieniutkie blaszki odpiłowano. Kości wypiłowane ze sobą połączyliśmy 3ma szwami katgutowemi idącemi przez chrząstki na stronach. Oprawa i leczenie następne zwykłe.

Na preparacie wypiłowanym widzimy: Wysokość wypiłowanéj części kości udowéj przy kłykciu wewnętrznym 1,9 cm., przy kłykciu zewnętrznym 1,8 cm. Od kości goleniowéj cienką blaszkę odpiłowaliśmy. Chrząstka stawowa po większéj części nienaruszona, tylko od brzegów zniszczona przez ziarninę wypełniającą cały staw i *recessus quadricipitis*. Ogniska kostnego nie możemy wykryć, ani w rzepce.

Przebieg pooperacyjny był bardzo smutny i zakończył się już 10 dnia śmiercią: Gorączka zaraz 2 dnia po operacyi podniosła się do 39,0 i utrzymywała się na tym stopniu dochodząc nieraz wieczorem do 40,0. Czwartego dnia dołączyła się śpiączka i liczne szmery w płucach w tylnéj części.

Badania zwłok nie dozwolono, mogliśmy tylko końce wypiłowanych kości z trupa wyjąć i rozpiłować; na nich widać wszelkie objawy ostrego zapalenia szpiku kostnego, które należy uważać za przyczynę śmierci. Beleczki kostne znacznie rozrzedzone szpik nieomal płynny, bardzo różowy; powierzchnie przepiłowane szaro zabarwione; w blizkości chrząstki nasadowéj kilka kropek żółtych serowatych.

Wypiłowanie stawu skokowego wykonaliśmy w dwoch przypadkach: jeden przypadek opisany już przy 7 przypadku wypiłowań stawu kolanowego (Wester). Wypiłowanie było częściowe i tyczyło się tylko kostki zewnętrznéj; króciutki sączek tylko przez skórę sięgający w dolnym kącie rany założyliśmy; zeszycie, oprawa przeciwgnilna i wyleczenie.

Przypadek 2gi. Górska Magdalena, 17 lat licząca, służąca, przybyła do kliniki dnia 14 stycznia rb. Rodzice i rodzeństwo zdrowi. Pacyjentka także zawsze zdrową była, aż we wrześniu 1879 r. przez nieostrożność wpadła w kola młockarni prawą stopą i poddudziem, w skutek czego poniosła znaczne zranienia tych części. Lekarze przywołani zagoili wszystkie rany z wyjątkiem jednéj znajdującéj się na zewnętrznéj kostce i zamienionéj na wrzód; mimo to chora nie może na nogę nastąpić i chodzi o kuli.

Badanie dnia 15/1 1880 r.: Dziewczyna silna i zdrowa z wyjątkiem powyżéj opisanego skaleczenia. Prawa stopa stoi w położeniu kopyto-szpotawém, nieco obrzękła, dotyka końcem wielkiego palca podłogi przy chodzeniu o kuli, przez cały grzbiet stopy przebiega poprzecznie głęboko wciągnięta blizna. W stawie skokowym zrost kostny, ponad stawem obie kości podudzia zgrubiałe, jakby kostniną ze sobą złączone. Na 3 cm. powyżéj kostki zewnętrznéj wrzód podłużny wielkości dłoni, o dnie nie przesuwalném z kostniną zrośniętém: naokoło wyprysk sięgający do połowy podudzia. Od zewnątrz i tyłu na granicy $1/3$ części dolnéj podudzia blizna poprzeczna, z kością niezrośnięta. Stawy Choparta i Lisfranca prawidłowe; ścięgno Achilesa napięte.

Dnia 24/2 1880 r. wykonał kol. Dr. Wehr pod chloroformem i uciskiem Esmarcha wypiłowanie częściowe chorego stawu: cięcie prostopadłe 2 calowe na tylnym brzegu kostki zewnętrznéj; od dolu pod kątem drugie cięcie krótsze ku przodowi i górze, nieco łukowate; oddzielenie podważką okostnéj od kości; przedłutowanie téjże u podstawy skośnie od zewnątrz ku wewnątrz; po odchyleniu kostki kleszczami w dół wyłuszczenie kawałka wypiłowanego, co połączone było z trudnościami, gdyż był przyrośnięty do k. skokowéj. Po otwarciu w ten sposób stawu od zewnątrz można było dokładnie zobaczyć zrost kostny goleni z k. skokową, mianowicie w przedniéj połowie. Celem sprostowania postawy kopyto-szpotawéj wyciął kolega kawałek kości podwójnie klinowaty, którego podstawa na przód i zewnątrz leżała, a ostry brzeg raz ku tyłowi był skierowany a powtóre ku wewnątrz. Po wycięciu takiego klinu czy piramidy udało się łatwo stopę pod prawym kątem do podudzia ustawić; powierzchnie przepiłowane dobrze się składały. Wyłyżeczkowanie wrzodu; sączek krótki tylko przez skórę sięgający w dolnym kącie rany; zeszycie rany resekcyjnéj katgutem; oprawa przeciwgnilna, podobnie jak w poprzednich przypadkach; ułożenie w szynie blaszanéj.

Przebieg pooperacyjny bardzo dobry, zupełnie bezgnilny, mimo wrzodu, który się znacznie zmniejszył. Pod 4ma opatrunkami przeciwgnilnemi rana po resekcyi zupełnie się zagoiła, a chora w miesiąc po operacyi chodzi; mała ruchomość w stawie wypiłowanym; stopa pod prawym kątem do podudzia. Leczenie wrzodu owijaniem elastycznemi opaskami i przeszczepianiem; wyleczenie aż do małéj reszty dobrą ziarniną pokrytéj; wypuszczono chorą na żądanie gminy. Obawiając się zupełnego zaniedbania daliśmy jéj szynę boczną.

Wypiłowań stawu barkowego wykonaliśmy 3; we 2ch przypadkach wypiłowano po urazie, a tylko w jednym w skutek gruźlicy stawu.

Przypadek 1. Milak Krystyjan, opisany już w sprawozdaniu z naszéj kliniki w Przeglądzie Lek., zakończył się wyzdrowieniem w bardzo krótkim czasie, bo w przeciągu 3—4 tygodni pod 3 oprawami przeciwgnilnemi.

Przypadek 2. Gatz August, opisany tamże, zakończył się także wyzdrowieniem, ale nie tak szybkiém.

Przypadek 3. Kamiński Antoni, 42 lat liczący, cieśla, przyjęty dnia 6 stycznia rb. Rodzice umarli w późnym wieku; pacyjent dotychczas zawsze był zdrów. Przed 6 tygodniami spadł z wysokości 5 stóp na lewą rękę. Zaraz potém lewą odnogą górną nie mógł ruszać i od tego czasu pozostała ścierpniętą. Na drugi dzień owczarz próbował odprowadzić zwichnienie, ale bez skutku. Po 2 tygodniach przywołano lekarza, ale i temu mimo narkozy nieudało się odprowadzenie, podobnie bez skutku były późniejsze starania podjęte w Toruniu.

Badanie d. 6/1 1880 r. Chory dobrze odżywiony i zbudowany silnie, w narządach wewnętrznych nie ma żadnych zmian. Na pierwszy rzut oka uderza zewnętrzny

wygląd cechujący zwichnienie barku naprzód: łokieć odstaje od klatki piersiowéj o 4 cale, wypukłość ramienia zmniejszona; główkę wyczuć można pod wyrostkiem kruczym. Ruchy bierne w barku ograniczone, czynne wcale nie możebne, przedramie cokolwiek nabrzmiałe silniéj, palce są strętwiałe, tętno sprychowe twardsze w ręce choréj.

Dnia 7 i 8 stycznia próbowaliśmy odprowadzenia pod chloroformem, atoli bez skutku. Ze względu na bolesne uczucie i obrzmienie, wskazujące na ucisk naczyń i nerwów pachowych, postanowiliśmy wypiłowanie uciskającéj główki, które téż dnia 12 stycznia wykonałem. Cięcie przez części miękkie podobne jak w przypadkach poprzednich. Sądziłem bowiem, że w ten sposób łatwiéj będzie wypiłować główkę zwichniętą, ponad którą zdawało się, że cięcie wprost przebiega, jak sposobem, którego użył Langenbeck przy wywichnieniu (Kroenlein, *die v. Langenbecksche Klinik und Poliklinik. Supplement Heft zum. 21 Band. des Arch.* pag. 362—365). cięcie od pachy. Tymczasem grubo się omyliłem, wypiłowanie było trudne. Oprawa i leczenie pooperacyjne, jak w poprzednich przypadkach.

Przebieg pooperacyjny długotrwały, powikłany; odczyn po operacyi niespodziewany: ciepłota zaraz drugiego dnia była 39,8 i pozostała przeszło 20 dni ponad 38,0, późniéj rano zniżała się do prawidłowéj, ale jeszcze w 7 tygodniu wieczorem bywała przeszło 38,0°. Ropa obficie się wydzielała, zatoki i zebranie się ropy w środku tylnéj części ramienia. Mimo dość wcześnie podjętych ćwiczeń staw wypiłowany coraz mniéj ruchomym się stawał, a nadto mogliśmy tak raną po wypiłowaniu, jako i tylnemi otworami zatok zgłębnikiem wyśledzić obnażoną kość w górnéj części k. ramieniowéj. Postanowiliśmy zrobić sekwestrotomiję i wypiłowanie powtórne końca barkowego. k. ramieniowéj, chcąc przyspieszyć wyleczenie i otrzymać znaczniejszą ruchomość w stawie barkowym.

Dnia 13 stycznia wykonałem operacyję. Cięcie skórne w bliźnie po wypiłowaniu 4 cale ku dołowi, odłączenie części miękkich od kości, w obficie nowo utworzonéj kości znaleźliśmy martwiak 5 cm. długi, 3 szerokości, który z łatwością wyjęliśmy. Również łatwo odłącza się większa część nowo utworzonéj kości otaczająca k. ramieniową jak skorupa. Nowa kość wytworzyła się prawdopodobnie od okostnéj odłączonéj ropieniem od k. ramieniowéj i późniéj do téjże się przyłożyła. W końcu oddłutowaliśmy kawałek górnego końca k. ramieniowéj, chcąc tym sposobem osiągnąć większą ruchomość stawu. Chory operacyję tę dobrze zniósł: ciepłota tylko przeszło tydzień utrzymywała się ponad 38°0, a późniéj obniżyła się do normalnéj. Obecnie rana cała znowu nieomal zagojona, a ruchomość stawu dość znaczna. Staw łokciowy i stawy ręki i palców zupełnie wolne, ruchy silne. Obrzmienie i mrowienie ustąpiło.

Staw łokciowy raz jeden wypilowaliśmy w gruźlicy stawowéj:

Ewczyński Wincenty, 18 lat liczący, syn karczmarza, przybył dnia 25 lutego. Ojciec żyje, matka przed 6ma latmi w połogu umarła; rodzeństwo zdrowe; chorób dziedzicznych nie ma. Od 10 roku począł się tworzyć garb bez bólów i bez widocznych objawów zapalnych. Z resztą w dziecięctwie innych chorób prócz kilkodniowego reumatyzmu stawowego nie przebył. W lecie 1879 r. pojawiła się dotkliwość za uciskiem w łokciu prawym, potém wystąpiło zaczerwienienie, obrzmienie i sztywność. Chory leczył się maściami. Przed 5ciu tygodniami powtórzyły się przetoki, obrzmienie się zwiększyło i w tym stanie przybywa.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Burckhardt-Merian: O stosunkach płonicy do chorób przyrządu słuchowego.

Większa część podręczników o chorobach dziecięcych wylicza pomiędzy następstwami płonicy także i zapalenia ucha środkowego, nie roztrząsając jednakże kwestyi, dla czego właśnie płonica sprowadza tak często spustoszenia przyrządu słuchowego. Dopiero Vogel powiada z naciskiem: „Podczas silnego zapalenia gardła dla tego powstaje uchotok, ponieważ cierpienie błony śluzowéj, mianowicie dyfterytyczne, przenosząc się przez trąbkę Eustachiusza wywołuje zapalenie ucha środkowego, poczém błona bębenkowa ulega przedziurawieniu a ropa odpływa na zewnątrz“. Określa on tu więc w krótkich słowach patogenezę cierpienia tego, podczas gdy większa liczba lekarzy przed nim i po nim notowała zniszczenie błony bębenkowéj, wypadanie kostek słuchowych, głuchotę itd. po płonicy jako *„fait accompli“*, nie troszcząc się o sposób, w jaki komplikacyja ta powstaje. Według Schmalza 5,48% chorych na uszy zawdzięcza swe cierpienie płonicy, według Jearsleya 4,77% a Meriana 4,35%. Dr. Baader obserwując epidemije płonicy zapisywał przypadki cierpień usznych i otrzymał dla epidemii w Gelterkindén 33,33%, a w Wintersingen 22,80%.

Co się tyczy objawów i przebiegu cierpień usznych wśród przebiegu płonicy, to zazwyczaj w okresie łuszczenia pojawiają się poprzedzone niekiedy uczuciem dreszczu wieczorne nasilenia gorączki (do 39,5°C.); po niespokojnéj nocy nad ranem gorączka znów ustępuje, a wieczorem ponownie się wznosi. Równocześnie chorzy skarżą się na bóle w uszach z początku występujące napadami, późniéj zaś po pęknięciu błony bębenkowéj przybierające cechę newralgiczną, rozpromieniając się zwłaszcza wzdłuż drugiéj i trzeciéj gałęzi nerwu troistego. Obok tego powstaje zwykle niższy lub wyższy stopień głuchoty, bardzo rychło się rozwijającéj. Wśród odpowiedniego leczenia gorączka ustaje po pęknięciu błony bębenkowej, podobnie jak i bóle. Rzadko tylko brak obrzmienia gruczołów przyusznych (przodkowych i tylnych, podszczękowych i karkowych), których powiększenie poprzedza często inne objawy powstającego cierpienia ucha środkowego. Niekiedy wyrostek sutkowy bywa bolesny za uciskiem lub pukaniem, chociaż późniéj nie ulega zapaleniu. Wszystkie te objawy, może tylko z wyjątkiem obrzmienia gruczołów limfatycznych, znajdujemy także wśród zapalenia ucha środkowego, nie powstałego po płonicy; jeden tylko objaw jest tu bardzo wybitny, mianowicie szybkość, z jaką rozwijają się znaczne lub zupełne zniszczenia błony bębenkowéj. (Merian znalazł 34,34% zupełnych zniszczeń błony bębenkowéj u chorych dotkniętych cierpieniami uszu po szkarlatynie). Z tego wynika już niewątpliwie, że wszystkie ciężkie niebezpieczne cierpienia ucha środkowego w przebiegu płonicy polegają na zapaleniu krupowo-dyfterytycznem błony śluzowéj ucha środkowego, przeniesionem z gardła. Za têm przemawia nagle występująca a uparta

gorączka, szybkie a częstokroć znaczne obrzmienia gruczołów usznych, podszczękowych i karkowych, szybko się rozwijająca, zwykle bardzo znaczna głuchota, nagłe zniszczenie błony bębenkowéj i innych części ucha środkowego (nadżarcie tętnicy dogłowowéj i zatok mózgowych itd.), jedném słowem złośliwość tych zapaleń ucha w porównaniu z zapaleniami powstającemi z innych przyczyn. Obok tego istnieje bez wątpienia cały szereg lekkich cierpień ucha środkowego w przebiegu płonicy, nie mających nic wspólnego ze sprawą dyfterytyczną lecz powstających skutkiem nawałów do błony śluzowéj ucha itp.

Jakież jest rokowanie w tych cierpieniach?

Niedawne to czasy, gdy lekarze ropienie uszu podczas szkarlatyny witali z wielkiém zadowoleniem, nie uważając go za znak nowéj niebezpiecznéj komplikacyi, lecz za prognostyk bardzo pomyślny. Ostatnie wspomnienia pojęć humoralnych w patologii utrzymują się dotychczas w tradycyi. To téż było i jest główną przyczyną dziwnéj obojętności, z którą lekarze cierpienia uszu powstałe podczas płonicy pozostawiali własnemu przebiegowi. Przyczynia się do tego i owo fatalistyczne pojęcie, jakoby po szkarlatynie zawsze jakieś resztki choroby pozostać musiały; to téż krewni chorego pocieszają się myślą, że lepiéj iż raczéj przyrząd słuchowy podległ jadowi płonicowemu, nie zaś nerki lub inne narządy. Przeciwko takiemu „*laisser aller*“ dzisiaj każdy sumienny lekarz jak najenergiczniéj wystąpić musi, gdyż powikłanie płonicy cierpieniem ucha środkowego jest zawsze nader niepożądane i niebezpieczne a czyni je tém niebezpieczniejszém zaniechanie wszelkiego lekowania. Na tém téż polu otyjatryja występuje już z ciasnego zakresu specyjalnéj swéj czynności, podając każdemu lekarzowi praktycznemu środki po temu, aby zwalczyć zwycięzko chorobę, która nieleczona a zaniedbana jest bardzo niebezpieczną tak dla słuchu jako i dla życia chorego. Na tém téż polega korzyść studyjowania specyjalnych gałęzi medycyny, że doświadczenia zebrane z większego materyjału stają się wspólną własnością wszystkich lekarzy praktycznych.

Według Meriana z 85 przypadków z chorobami uszu nabytemi po szkarlatynie, 18 (21·17%) utraciły słuch zupełnie na jedném lub obu uszach. Liczby te bynajmniéj nie świadczą o łagodności tego cierpienia. Reasumując to co się rzekło, powiedzieć trzeba, że szkarlatyna wywołuje częstokroć (przez trąbkę Eustachijusza) dyfterytyczne zapalenia ucha środkowego, mogące przez swój przebieg stać się tak dla słuchu jak i dla życia komplikacyjami bardzo niebezpiecznemi. Rokowanie jest tém mniéj pomyślne, im dłużéj sprawę chorobową zaniedbano, podczas gdy przyrząd słuchowy tém mniéj uszkodzonym pozostać może, im wcześniéj zastósujemy tu leczenie racyjonalne.

Leczenie może być tylko miejscowém. Wbrew zdaniu Oertela M. widział bardzo dobre wypadki po przyżeganiu miejsc zapaleniem dyfterytyczném zajętych. Do przyżegania zaś zaleca 10% rozczyn wyskoku salicylowego, który na wacie okręconéj około cienkiego drutu odpowiednio zagiętego doprowadza się do miejsc dyfterytycznych. W ten sposób zapobiega się szerzeniu sprawy dyfterytycznéj i przenoszeniu się takowéj do ucha środkowego. Drugim środkiem zapobiegawczym jest t. zw. natrysk nosowy, który M. radzi stósować za pomosą irygatora Esmarcha. Do natrysków tych, które jednakże tylko u dorosłych stósować można, używa się najprzód $^3/_4$% owego rozczynu soli kuchennéj; późniéj dodaje się do rozczynu tego 10% wyskok salicylowy, mniéj więcéj 2—3 łyżki na 1 litr rozczynu. Jeden natrysk na dzień wystarcza. U małych dzieci używa M. czystego kwasu salicylowego w formie tabaki, aby wydalić śluz nagromadzony w jamach nosowych. Zachwala także pilne stósowanie worków lodowych na szyję, od jednego wyrostka sutkowego do drugiego i branie do ust kawałków lodu; ostrzega zaś przed zabiegami hydrijatycznemi w przebiegu płonicy, opierając się na domyśle, że zabiegi te sprowadzając napływ krwi do głowy mogą być przyczyną częstszego występowania cierpień usznych niż przy innem leczeniu. Godzi się jednakże namienić, że hydroterapeuci posiadają środki i sposoby zapobieżenia takim nawałom, obawę więc powyższą odnieść należy jedynie do jednostronnie i nieracyjonalnie przedsiębranych procedur hydrijatycznych.

Leczenie rozwiniętego już zapalenia ucha środkowego polega na kontynuowaniu wzmiankowanych powyżéj zabiegów profilaktycznych. Zaleca się tu prócz tego pędzelkowanie okolicy ucha tynkturą jodową, aż do wywołania lekkiego stopnia zapalenia skóry, lub wcieranie jodoformu (*Jodoformii, Ol. foenic āā. 1·0, Vaselin. 80).* W razie istniejących silnych bólów newralgicznych dobrze działa wkraplanie tynktury makowcowéj do ucha (z letnią wodą w równych częściach, 10—20 kropel); bóle napadowe, występujące pod wieczór lub w nocy, znosi lub uśmierza chinin (0·20 — 0·50). Po ustąpieniu okresu ostrego należy wypędzać powietrze do jamy bębenkowéj, aby nadać błonie bębenkowéj prawidłowe położenie. Do tego nadaje się najlepiéj balonik Politzera.

Jeżeli jednakże mimo to objawy miejscowe się natężają, gorączka się utrzymuje, bóle się powtarzają uporczywie, wyrostek sutkowy za naciskiem jest bolesny a nawet w całéj połowie głowy powstaje uczucie bolesnego ciśnienia, natenczas przystąpić należy do nakłucia błony bębenkowéj i to w dostatecznéj rozległości, aby wydzielina ropna swobodnie odpływać mogła. Odpływ ten przyspieszyć jeszcze i ułatwić można zastósowaniem baloniku Politzerowskiego. Jeżeli ropa odpływa w bardzo wielkiéj ilości, należy ucho przestrzykiwać 5%owym rozczynem soli glauberskiéj. Do osuszania ucha i wyssania wydzieliny najlepszą jest wata borowa. Skoro mimo to cały przewód kostny wypełniony jest masami krupowo-dyfterytycznemi, a nie można takowych oddalić szczypczykami, to należy codziennie częściowo oddalać je żdziergaczem Wildego lub tp, a do przewodu słuchowego nasypywać kwasu salicylowego czystego, przestrzykując od czasu do czasu 10% rozcz. wyskoku salicylowego (1—2 łyżeczek na 100·0). (*Samml. klin. Vortr. v. Volkmann* N. 182).

St. Sm.

Day i Thornton: Puchlina nerkowa, wycięcie nerki, wyzdrowienie.

Do szpitala „*Samaritan Hospital*“ w Londynie przyjęto dnia 21 października 1879 r. siedmioletnią A. B. na oddział Dr. Daya. Dziewczynka ta przebyła koklusz i płonicę, lecz zresztą była zdrową. Przed 2 laty spostrzegła guz w boku lewym, w skutek czego obecnie oddano ją do szpitala. Badanie wykazało nieregularny guz ruchomy w lewéj połowie jamy brzusznéj. Guz ten (zdaje się wielkości główki dziecka) był miejscami dość twardym, między pępkiem zaś a grzebieniem lewéj kości biodrowéj wykazywał chełbotanie, przy głębokim wdechu podnosił się na cal powyżéj pępka. Przy obmacywaniu ku tyłowi zdawało się, jakoby wychodził z lewéj nerki. Obwód brzucha mierzony przez pępek

wynosił po stronie prawéj 12¾ cala, a po stronie lewéj 14 cali. Żyły na całym brzuchu rozszerzone, w jamie brzusznéj płyn wolny, inne organa zdrowe. Skonstatowano, że chora oddaje tylko raz na dzień skąpą ilość prawidłowego moczu. Rozpoznanie lekarzy było rozmaite. Dnia 4 listopada uśpiono chorą i Mr. Knowsley Thornton wykonał punkcyję w połowie między pępkiem a *spina anterior superior ossis ilei sinistris*. Wypłynęło 3¼ kwarty (6½ *pints)* moczu. Rękoczyn odbył się w mgle karbolowéj, ranę opatrzoną gazą karbolową. Stan zdrowia choréj był po punkcyi zupełnie zadowalającym. Następnego dnia oddała 1½ kwarty moczu normalnego, dnia trzeciego 44 uncyj; poczém ilość ciągle się zmniejszając zniżyła się do 9 uncyj. Dnia 14 grudnia wymiary brzucha były takie jak przed punkcyją. Postanowiono więc usunąć guz i w tym celu dn. 29 stycznia 1880 r. przeniesiono chorą na oddział chirurgiczny. Dnia 3 stycznia Dr. Day i Mr. Thornton wykonali rękoczyn. Cięcie rozpoczęto na cal powyżéj pępka i poprowadzono 3½ cala ku stronie lewéj. Rozcięto otrzewną, lekkie przyczepiny guza rozdzielono palcami a następnie cieńkim trójgrańcem, używanym do owaryjotomii, wypróżniono torbiel, poczém podwiązano jedwabiem Nr. 1 tętnicę i żyłę nerkową, potém zaś jedwabiem Nr. 2 całą szypułkę podwiązano i odcięto torbiel. Moczowodu wyraźnego nie znaleziono. Po podwiązaniu dokładném wszystkich punktów krwawiących zaszyto ranę jedwabiem i opatrzono gazą antiseptyczną. Potrzeba używania gąbek podczas trwania rękoczynu była bardzo mała. Sącznika nie użyto. Po rękoczynie wstrzyknięto 6 kropli *tinct. laudani* do odbytnicy. Mocz odprowadzano z początku cewnikiem, ale już z końcem pierwszéj doby oddała go chora dobrowolnie. Cała ilość moczu z pierwszych 24 godzin wynosiła 20 uncyj. W tymże czasie mocz niekiedy zawierał krew i kwas karbolowy, późniéj był prawidłowy tak co do jakości jako też co do ilości. Ciepłota ciała w ciągu pierwszéj doby raz się wzniosła do 101·6°F (=38·6°C) zresztą wynosiła około 99·0°F (=37·0°C). Stolec był dnia czwartego. Szwy usunięto dnia szóstego, w którym to czasie brzegi rany spoiły się *per primam*, a już dnia dziewiątego chora wyzdrowiała. Wyciętą nerkę oglądano w Towarzystwie patologiczném, lecz opisu jéj operatorowie nie dołączają. (*The Lancet* Nr. XXIII, dnia 5 czerwca 1880 r.).

Dr. Bogdanik.

Dr. Weissenberg: **O użyteczności mięsienia** *(massage)* **w kąpielach solankowych.**

Wiemy, że krążenie limfy zależy nie tylko od aspiracyi wdechowéj, ale także, i to przeważnie, od czynności mięśni, w których pochwach i tkankach sąsiednich przebiegają naczynia limfatyczne.

Sam ten fakt wskazuje, że wykonywanie ruchów biernych, a tém bardziéj ugniatanie i mięsienie, może mieć niewątpliwie znaczenie terapeutyczne w przypadkach, w których rozchodzi nam się o oddalenie i trwałe usunięcie wypocin zapalnych. Znaczenia tego dowodzą bezpośred nio doświadczenia Lassara, który wykazał, że w częściach zajętych zapaleniem ciecz limfatyczna strumieniem wypływała z przepełnionego naczynia, skoro wykonywano odpowiednią odnogą ruchy bierne lub też ugniatano ją i mięsiono w kierunku dośrodkowym, przy czém objętość części obrzmiałych zmniejszała się. Nie mniejsze znaczenie musi mieć mięsienie w leczeniu obrzmiałych zapalnie stawów gdyż według Mosengeila wpływa takowe na przyspieszenie wessania wypocin stawowych drogą naczyń limfatycznych, komunikujących z wnętrzem jam stawowych. Podobnie można mięsienie stósować z pożytkiem w różnych innych wypocinach zapalnych, np. *perityphlitis*, obrzmieniach skrofulicznych itp.

Przed 2 laty zwrócił uwagę Starcke na to, że wyniki lecznicze otrzymane przez mięsienie, byłyby tém pewniejsze i wybitniejsze, gdyby je stósowano w kąpielach ciepłych. Weissenberg zaś spodziewając się jeszcze lepszych skutków próbował systematycznie od dwóch lat mięsienia w kąpielach solankowych w Königsdorff-Jastrzemb.

Ponieważ w ogóle do zakładów kąpielowych przybywają przeważnie chorzy z cierpieniami zastarzałemi, dla tego nie wystarczają zazwyczaj łagodniejsze sposoby mięsienia, jak lekkie pocieranie *(effleurage)*, lecz potrzebnemi są zabiegi dosadniejsze, jak silniejsze tarcie *(friction)* i ugniatanie *(pétrisage)*.

Przedewszystkiém nadają się do mięsienia zapalenia stawów przewlekłe (reumatyczne). Wypocina surowicza od kilku tygodni dopiero lub paru miesięcy istniejąca rychło się zmniejszała pod wpływem kąpieli solankowych ciepłych, okładów i systematycznego mięsienia. Zapalenie zaś stawów włókniakowe (zwykle jednostawowe), gdzie skutkiem zrostów i nacieku komórkowego w tkance łącznéj otaczającéj, pochwach mięśni i ścięgien czynność stawu bywa mniéj lub więcéj zupełnie zniesioną, wymagają dosadniejszych zabiegów, by naczynia limfatyczne uczynić drożnemi i umożebnić wessanie wypociny zapalnéj. Tu nadają się bardzo dobrze natryski solankowe gorące, które zastósowane ostrożnie, mogą wzmódz krążenie i wywołać ostre chełbotanie w stawach nieruchomych, poczém zwykle udaje się przez mięsienie usunąć wypocinę i przywrócić powoli ruchomość stawu.

Jako przykład takiego postępowania przytacza autor kilka historyj chorób (przewlekłe zapalenia stawów, *perityphlitis stercoralis* itp.), w których w krótkim stósunkowo czasie nader pomyślne otrzymano wypadki lecznicze.

Równie gorąco zachwalają lekarze szwedzcy i francuscy mięsienie w przypadkach wypocin złożonych w jamie miednicy u kobiet. Pamiętać jednakże należy, że tu mięsienie ograniczyć należy tylko do tych przypadków, gdzie gorączka już zupełnie ustąpiła a wypociny zbite, resztki procesów zapalnych sprawiają pacyjentkom silne bóle i inne dolegliwości.

Nareszcie stósował autor mięsienie także jako środek pomocniczy w leczeniu obrzęków zołzowych, po czém lepsze otrzymał rezultaty, aniżeli po leczeniu samemi tylko solankami. Oczywiście sposób ten pomocnym być może jedynie w przypadkach powiększonych gruczołów u osobników zołzowych, nie bywa zaś wcale pożytecznym w nowotworach, gruczolakach, mięsakach itd. O wpływie korzystnym mięsienia gruczołów zołzowych wiedzieli już starzy lekarze, dla tego też w celu „rozdzielenia“ obrzęków zalecali wcierać różne olejki z pewnym naciskiem. (Osobne odbicie z *Berl. klin. Wchft.* 1880, N. 19).

St. Sm.

Wiadomości pomniejsze.

(Terebinthina de Chios). W marcu rb. ogłosił był prof. Clay w *The Lancet* artykuł o skuteczności tego leku w przypadkach raka części płciowych niewieścich. Już w kilka tygodni późniéj w *The Lancet*, *Brit. medical journal* i innych czaso-

pismach angielskich lekarskich poczęły się pojawiać, i dotychczas prawie w każdym numerze pojawiają się doniesienia lekarzy, bądźto stwierdzające skuteczność, bądź téż zaprzeczające takową. W ostatnich tygodniach przeważają pierwsze a między innemi jeden z lekarzy przytacza przypadek, gdzie po 2 miesięczném używaniu *Ter. de Chios* rak sutka zupełnie prawie znikł, równocześnie istniejące mocno nacieklé gruczoły pachowe znacznie się zmniejszyły, a stan ogólny przedtém schorzałéj pacyjentki znakomicie się polepszył. Gdzie wynik był ujemny, zachodzi wedle prof. Claya podejrzenie, iż lek nie był prawdziwy; jakotéż rzeczywiście w obecnéj chwili bardzo trudno jest, jeżeli nie wcale niemożliwém, niesfałszowanéj dostać *Tereb. de Chios.* (*The Lancet* i *Brit. med. journal*). Przy téj sposobności niech mi wolno będzie oświadczyć tym szan. kolegom, którzy na wiadomość podaną w mojém sprawozdaniu w Przegl. Lek. Nr. 24, iż ze Smyrny oczekuję posyłki niesfałszowanéj *Tereb. de Ch.*, o odstąpienie pewnéj ilości do mnie się udawali, że niestety dotychczas takowéj nie otrzymałem, a otrzymać nie mogłem z téj prostéj przyczyny, że zbiór téj żywicy odbędzie się dopiero w sierpniu. Gdy mi jednak znajomy mój donosi, iż głównie wyspa Chios o kilkadziesiąt tylko kilometrów od Smyrny oddalona w tę roślinę obfituje, a zarazem obiecał, że się na tę wyspę w sierpniu umyślnie uda, aby na miejscu przy uzbieraniu téj żywicy dla mnie być obecnym, jest przeto wszelkie prawdopodobieństwo, że z końcem sierpnia takową otrzymam; wtedy więc o ile zapas mój wystarczy, będę mógł szan. kolegom udzielić z niego pewnéj ilości. *Dr. Karcz.*

ss) Fr. Richter opisuje (*Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh.* X. 1, p. 1) dwa przypadki otrucia nikotynem skutkiem długiego palenia cygar, z których jeden zakończył się śmiercią, drugi zaś wyzdrowieniem. Jako objawy wspólne, które w przypadku drugim tak co do nasilenia jako i trwania okazały się łagodniejszemi, autor przytacza: uczucie ciśnienia i zawrót głowy, śpiączka, mniéj lub więcéj wybitna, niezdolność do zajmowania się pracą umysłową, nieprawidłowy nastrój umysłu, objawy niedowidzenia, *irritatio spinalis*, nerwobóle, skłonność do męczenia się, niepewność ruchów, drżenie, kurcze mięśni, niemoc płciowa, lękliwość, uderzenie serca słabe, częstokroć nieregularne lub téż bicie serca, wychudnienie. Jako większe nasilenie choroby pojawiały się przypady podobne do *angina pectoris.* W pierwszym cięższym przypadku występowała napadowo także gwałtowna duszność, zakłócenie apetytu i trawienia oraz morzysko; objawów tych nie było w drugim lżejszym przypadku, któremu natomiast towarzyszyła przeczulica nerwów słuchowych. Podmiotowego uczucia smaku ani téż woni tytoniu nie było.

R. uważa następujące warunki jako usposabiające do zatruć nikotynem: ogólne stany osłabienia, złe odżywienie, nadużywanie napojów wyskokowych. Amatorzy cygar wiedzą to zazwyczaj z własnego doświadczenia, że podczas chorób lub rozpoczynających się ozdrowin palenie tytoniu źle lub wcale się nie znosi.

Jako przyczynę anatomiczną objawów towarzyszących zatruciu nikotynem uważa R. niedokrewność ośrodków nerwowych wywołaną samém zatruciem. Rozbiór zwłok wykazał w pierwszym przypadku niedokrewność istoty mózgowéj i naczyń opony miękkiéj.

Pierwszym warunkiem do wyleczenia się jest oczywiście powstrzymanie się od palenia tytoniu. Jodek potasu ma przyspieszać wydzielanie trucizny. Podobną a nawet pewniejszą skuteczność widział autor w leczeniu hydropatyczném (zabiegi uśmierzające i sprzyjające wessaniu) jako téż w zastósowaniu prądu elektrycznego.

ss) Debove i Boudet przedsięwzięli (*Gaz. méd.* 1880, Nr. 13) szereg poszukiwań nad napięciem mięśniowém (*tonus*) u tabetyków. Wypadki są następujące:

Napięcie mięśniowe u tabetyków jest znacznie zmienione. W pewnéj ilości mięśni napięcie to bywało zachowaném, częstokroć zaś było ono nader różném w różnych grupach téj saméj np. odnogi. Różnice te można było stwierdzić przez obmacywanie, przysłuch i wstrząśnienie mięśni.

U przeważnéj liczby tabetyków można zauważyć przy obmacywaniu, że mięśnie téj saméj odnogi różną przedstawiają konstytucyję. W mięśniach tych *myofon* wykazuje wielkie różnice w nasileniu szmerów mięśniowych. Ponieważ szmer mięśniowy zależy od napięcia mięśni, zdaniem autorów napięcie to u tabetyków zachowuje się bardzo zmiennie.

Badając wstrząśnienia mięśni za pomocą przyrządów piszących, autorowie stwierdzili, że czas utajonego pobudzenia, „*temps perdu du muscle*“, w różnych grupach mięśni jest różny i że różnice te u tabetyków są wybitniejsze, aniżeli w stanie fizyjologicznym.

Z powyższych poszukiwań wnioskują autorowie, że u tabetyków istnieje wielka niejednostajność i nierówność napięcia mięśniowego, co zdaniem ich ma być przyczyną niezborności ruchów u tych chorych. Dodać tu przy téj sposobności można, że według Mendelssohna (*Etude sur l'excitation latente du muscle chez la grenouille et chez l'homme dans l'état sain et dans les maladies* 1880) czas utajonego pobudzenia mięśniowego jest przedłużony: 1) w porażeniu połowiczém zastarzałém i powikłaném zanikiem mięśni; 2) w postępowym zaniku mięśni; 3) *sclerosis lateralis amyotrophica* z wybitnym zanikiem mięśniowym; 4) w drugim i trzecim okresie postępowé niezborności ruchowéj (*ataxie locomotrice progressive*), 5) w *sclerosis insularis* i 6) długotrwałéj *paralysis agitans.* Skróconym zaś ma być: 1) w porażeniu połowiczém połączoném z kurczami, 2) w *tabes dorsalis spasmodica*; 3) w *chorea senilis* i 4) kurczach histerycznych.

V. Sprawy szpitalne w Sejmie.

I.

Niepodobna pominąć milczeniem rozpraw obecnego Sejmu, o ile one dotyczą spraw sanitarnych. W bieżącéj sesyi zbiegiem okoliczności dość ważne zajęły one stanowisko, a rozprawy nad niemi powinny były przekonać, że w Izbie zanadto mało zasiada lekarzy, którzyby chcieli i umieli bronić koniecznych ulepszeń. Już to wina w tym razie spada przedewszystkiém na nas lekarzy, bo zanadto mało troszczymy się o zarządzenia, jakie w sprawach sanitarnych w Sejmie zapaść mają. Jak wiadomo z dzienników politycznych poseł dobrze zasłużony około dobra Krakowa, omawiając postępowanie Wydziału krajowego, zrobił zarzut nadużycia referentowi spraw zdrowotnych w Wydziale krajowym. Czy i o ile zarzut ten jest usprawiedliwiony, będziemy się starać zaraz wykazać. Prawdę mówiąc, mowy Marszałka i Namiestnika zapowiedziały ten wypadek. Obaj kładli słusznie nacisk na oszczędność, i odtąd oszczędność stała się hasłem każdego mowcy i każdy po swojemu oszczędzał: jeden zmniejszając wydatki na cele wychowania, drugi na cele sanitarne, trzeci twierdził, że za wiele dróg zrobiono, czwartemu budowa gmachu sejmowego tak się nie podobała, że wniósł wotum nieufności dla Wydziału, itd. A skargi na brak oszczędności były pokrywą rozmaitych spraw, o których z dalszego toku się dowiemy. Nie jesteśmy zwolennikami

marnotrawstwa i takowe nawet w sprawach sanitarnych skarcić umielibyśmy, ale przesadne żądania w oszczędzaniu prowadzą równie, jak marnotrawstwo, do zguby. Nie będziemy rozbierali, o ile słusznêm jest żądanie oszczędzania w innych dziedzinach, przypatrzmy się tylko, czy ono jest usprawiedliwione w sprawach sanitarnych. Kto przypomni sobie, jaką sumę w zeszłym roku na sprawy zdrowotne wydano, tego wielka ta kwota w pierwszéj chwili przerazić może; a gdy porówna ją z sumą z lat poprzednich, to zdziwienie jego jeszcze bardziéj się spotęguje. Jeżeli zaś ze spokojem śledzić będzie powstanie téj sumy, przekona się, że nie jest ona tak niezwykłą, i że nie jest ona dowodem „nadużyć" referenta, lecz że przeciwnie dowodzi szczerego zainteresowania się i prawdziwie rzetelnych i pożytecznych zabiegów. Porównajmy ją naprzykład z wydatkami Morawii, mniejszéj od Galicyi, aby się przekonać, że ona tyle wydaje, co ta ostatnia, a przecież wydatki na cele zdrowotne nie wywołały tam burz takich, jak u nas. Nie radzę nikomu porównywać kwoty wydanéj w Galicyi z kwotą wydaną na szpitale miasta Pragi, bo spłonąć ze wstydu musiałby nawet największy zwolennik oszczędności, gdy się przekona, że na całą Galicyję mniéj wydano, niż na szpitale jednego miasta. Ktoś może na to powiedzieć, że bogatszy może więcéj wydawać, a ubogi z każdym groszem liczyć się powinien. Prawda to niezbita, ale oszczędność ma swoje granice, i wówczas jest ona na swojém miejscu, gdy miarę w niéj utrzymać umiemy. „Oszczędność, chociażby największa, w sprawach sanitarnych nie może być grzeszną", mówią niektórzy posłowie, zwolennicy wydatków na cele produkcyjne. A więc wszystko, co zmierza do utrzymania życia i zdrowia człowieka, który jest najprodukcyjniejszą istotą, od którego produkcyja kraju zależy, którego siła fizyczna i moralna stanowi istotne bogactwo kraju, wszystko to jestżeż nieprodukcyjném?! I czémżeż to zgrzeszył referent, że czyny jego napiętnowano nadużyciem? Oto zanadto piękne budowano szpitale, za dobrze karmiono chorych, zanadto wielką otaczano ich troskliwością itd. Niewątpliwie zupełnie słuszne są te zarzuty, jeżeli budowy szpitalne małych miasteczek będziemy porównywali z budynkami, w jakich mieszkańcy tychze miasteczek mieszkają. Nigdzie rzeczywiście nie znajdziemy pod jednym dachem, lub co gorsza pod jedném sklepieniem człowieka z bydlęciem. Nie ma ani jednego nowego szpitala słomą krytego, ale we wszystkich uwzględniano, o ile to tylko było możliwe, wymagania higijeniczne. I to ma być złém? To, co za największą zasługę powinno być poczytane? A któż jest twórcą tych zbawiennych dla dobra chorych „nadużyć?" Oto referent szpitalny i jego pomocnik, inspektor szpitalny, ci sami, którzy zabiegami doprowadzili do tego, iż chorzy nie nabywają skutkiem złego i niezdrowego pokarmu nowych chorób, ale przeciwnie leczą się łatwiéj i w krótszym czasie z nabytych chorób. Ile pod względem budowli szpitalnych pozostaje do zrobienia, wykazuje nasza stolica. Czyż tak zwana filija Hoffmanna, w któréj mieści się oddział chirurgiczny i położnic razem, odpowiada chociażby prymitywnym wymaganiom? Jak wiadomo, jestto budynek mieszkalny, od wielu lat wynajmowany na szpital, a niezbudowany w tym celu, który przetrwał nie jednę epidemiję gorączki połogowéj, przyranéj, róży itd., właśnie z powodu owego nieszczęśliwego wyboru budynku i połączenia powyż rzeczonych dwu oddziałów. I czyż jest prawdopodobném, aby wówczas kiedy w stolicy nie znajdują chorzy odpowiedniego umieszczenia, istniały pałace szpitalne na prowincyi? Nie żądamy porównania naszych budowli szpitalnych i wygód, jakie nasi chorzy mają, z budowlami i wygodami w zamożniejszych krajach, bo porównanie to wypadłoby na niekorzyść Galicyi; to jednak pewna, że za wiele nie zrobiono a przeto nie dopuszczono się nadużyć. Wychodząc z zasady, że oszczędność jest niezbędną, myślano zaoszczędzić sumę wydawaną na posadę inspektora. I zaraz wymyślono dwa powody do zniesienia téjże: po pierwsze, inspektor jest niepotrzebnym, gdyż referent sam jest lekarzem, a powtóre tenże inspektor jest inicyjatorem wielu ulepszeń i wielce się przyczynia do tego, aby chorzy mieć mogli to, co jest niezbędne. Wreszcie ucichły debaty nad zniesieniem tego urzędu, który w obecnych warunkach jest niezbędnym, mimo, że referent szpitalny jest również lekarzem. Niepodobna bowiem przypuścić, aby referent mógł około 4 miesięcy czasu zużywać na objazdy, jak to czyni obecnie inspektor, a referent przebywając trzecią część roku po za Wydziałem nie mógłby niewątpliwie tyle zdziałać, ile obecnie czyni. Trudno obarczać za nadto referenta pracą, którejby nie podołał, a ten nawał zmusza do podziału pracy; téj zaś część leży w zakresie inspektora. Jeśliby sprawy sanitarne w naszym kraju tak były uregulowane, jak w krajach nam przodujących, to i wówczas potrzeba kontrolowania istnieć nie przestanie, a cóż dopiero dzisiaj, gdyśmy zaledwie pierwsze kroki zaznaczyli, debatowac nad zniesieniem urzędu inspektora, któreby było największą, powiedzmy politycznie, nieoszczędnością. Na poparcie swoich twierdzeń o złéj gospodarce wykazują zwolennicy przesadnéj oszczędności Kulparków. Oj biedny ten Kulparków. Ciężkie chwile spadają na kraj, zamiast na twórców myśli założenia zakładu obłąkanych w Kulparkowie. Zakład pół mili od środka miasta, w miejscu niezasłoniętém od wiatrów, do którego do niedawna nawet drogi nie było i który posiada wodę niezdrową i nieużyteczną, zakład za drogie pieniądze nieodpowiednio zbudowany, to wszystko dzisiaj nam dokucza, ale najwięcej referentowi. Prawdę mówiąc najłatwiéj można było ukręcić bicz z sprawy Kulparkowskiéj i tak się stało, a dymisyja dyrektora zakładu bynajmniéj nie położyła końca wielu niemiłym rzeczom. Pięknie to brzmi: „Dr. Maresch podał się do dymisyi"; my zaś wiemy, że zmuszono go do podania się o dymisyję groźbą trzech dochodzeń dyscyplinarnych: w każdym razie należy się wdzięczność Dr. Mareschowi, że porzucić pragnie zakład, który pod jego przewodnictwem ciągle upadał, bo niechcielibyśmy powiedzieć, że się zdyskredytował. Łatwo dzisiaj prawie bezbronnemu dyrektorowi robić ciężkie zarzuty, które słuszniéj należą się tym, co bardzo gorąco popierali kandydaturę jego w chwili obsadzenia, a przedewszystkiém tym, którzy przekonawszy się, że przewodnictwo nie jest udolne, dla dziwnéj konsekwencyi je popierali. Pierwszych usprawiedliwi przeszłość Dra Marescha, drugich nie uwalnia od zarzutu teraźniejsze jego zachowanie się i śledzenie kilkoletniego kierownictwa. Powtarzamy jednak stanowczo, że dymisyja dyrektora nie zbawi Kulparkowa, ani nie uchroni go od upadku ogłoszony konkurs. Co się tyczy ostatniego, to rażący jest już zbyt krótki termin do podania, bo faktycznie 15 dni wynoszący, a daléj rażącemi są warunki konkursu. Minął już wiek poświęceń, a właściwie nigdy go nie było, a bez poświęcenia siebie samego nikt godny i zasłużony nie stanie do konkursu. Pensyja 2,200 złr. i pomieszkanie z opałem i światłem, to królewskie utrzymanie dla lekarza, któremu prócz tego wolno praktykować

w chwilach wolnych od zajęć w zakładzie; w rzeczywistości jednak pensyja ta jest bardzo skromną i dla lekarza absolutnie niewystarczającą, a w każdym razie jest niestósownèm wynagrodzeniem za rzetelną pracę przyszłego dyrektora. Porównajmy ją z płacą, jaką Dr. Maresch pobierał a przekonamy się o upośledzeniu przyszłego dyrektora. Oto oprócz pensyi emerytalnéj 1.600 złr., pobieranéj od Wydziału dolnoaustryackiego, miał dotychczasowy kierownik pensyję 2.200 złr. i dodatek osobisty 800 złr. Nowomianowany zaś dyrektor będzie po roku stale zamianowany, jeśli za 2.200 złr. wynagrodzenia zakład na lepsze drogi poprowadzi, jeśli będzie udolnym i odpowiednim kierownikiem. Czyż z góry jesteśmy przekonani, że przyszły dyrektor będzie jeszcze nieudolniejszym? Jeśli tak, to lepiéj uprośmy dotychczasowego kierownika, aby nadal pozostał, bo w każdym razie lepszém jest złe od gorszego. Ale może pensyja stanowi sowite wynagrodzenie, gdy się zważy, że oprócz niéj otrzymuje się pomieszkanie, opał i światło, a prócz tego jeszcze wolno zarabiać, względnie dozwoloną jest praktyka. Przypuśćmy na chwilę, że znalazł się kandydat na dyrektora, i że nim jest jakiś ojciec rodziny, czyż może on zadowolić się ową pensyją, czyż ona wystarczy na najskromniejsze utrzymanie rodziny i jéj wychowanie, czyż ona da mu bez troski życie, które dyrektor powinien tylko dla zakładu poświęcić? Dopełnieniem wynagrodzenia ma być dochód z dozwolonéj praktyki lekarskiéj. Wydział czując złe, jakie z praktyki wynika, zastrzega w ogłoszeniu, że dyrektorowi nie wolno opiekować się chorymi w zakładzie prywatnym, a bardzo elastycznym paragrafem statutu redukuje możliwość praktyki do minimum; mimo to zdaje się popychać przyszłego dyrektora do praktyki prywatnéj. I gdyby ta była możliwą, lub gdyby była nadzieja, że ją kiedykolwłek po najusilniejszych staraniach wyrobi sobie kierownik zakładu kulparkowskiego, warunki ogłoszonego konkursu byłyby znośne. Kto jednak zna stosunki miejscowe, lub kto uprzytomni sobie, że zakład odłączonym jest od stolicy, a w niéj tylko jest praktyka możliwą, a nie na wsi, ten zgodzi się na to, iż wszelki dochód z praktyki jest niemożliwym dla dyrektora, mieszkającego w zakładzie, i ten zgodzi się, że wynagrodzenie 2.200 złr. jest zanadto skromne dla prawdziwie kompetentnych i godnych. Nie mamy nikogo na myśli, kreśląc te ogólne uwagi, nie wątpimy zaś, że nikt nie stanie w tych warunkach do konkursu, którego samo założenie jest fałszywém. Chcielibyśmy się łudzić, że przecież znajdzie się mąż z poświęceniem, a godny kandydat, który zajmie tę posadę. Do końca jednak konkursu niedaleko, a o ile nam wiadomo, nie tylko dotąd nikt nie wniósł podania, ale nawet możliwi i może chętni kandydaci wypierają się stanowczo chęci ubiegania się o posadę dyrektora. Wiemy nawet, iż Wydział krajowy rozpisując konkurs z góry był przekonany, że się nikt nie poda, i dla tego to obmyślano ekspozyturę, czyli wydelegowanie jakiegoś zastępcy, pod którego kierownictwem zakład jeszcze bardziéj upadać musi, choćby dlatego, że tymczasowy dyrektor jeszcze mniéj będzie posiadał władzy, niż ją posiadał Dr. Maresch i jeszcze bardziéj musi być pobłażliwym dla żywiołów owych, w których tkwi zaród złego. O nich jednak, jakoteż o prawdziwém znaczeniu wyrazu „nadużycia,“ użytego przez dobrze zasłużonego posła mówić będziemy w drugim liście. Dzisiaj ograniczamy się do stwierdzenia, że referent szpitalny nie dopuścił się nadużyć, że kwota wydana na szpitale w porównaniu do ulepszeń wprowadzonych a niezbędnych nie jest znaczną, że ona tylko dla tego wzrosła, iż kraj słusznie na siebie przyjął obowiązek utrzymywania ubogich chorych. Sprawa zaś kulparkowska dowiedzie, że przesadna oszczędność znowu będzie przyczyną złego.

Oszczędzajmy więc, bo tego ubóstwo kraju wymaga, ale oszczędzajmy zarazem krajowi nieszczęść, w jakie go niewłaściwém oszczędzaniem popychamy. Bądźmy oszczędni w oszczędzaniu czyli oszczędni należycie.

Lwów d. 21 lipca 1880. X.

Listy z Londynu.

III.

(Józef Lister i metoda antiseptyczna).

Kilkanaście lat temu podał Józef Lister swoję antiseptyczną oprawę ran. Metoda jego wnet się rozpowszechniła i w najznakomitszych chirurgach znalazła gorących zwolenników; wkrótce téż pojawiły się w Niemczech chirurgije opracowane na téj podstawie. Nie długo trzeba było czekać na Francyję. Literatura angielska zaś posiadała dotąd tylko wyjątki z odczytów i rozpraw, lecz podręcznika nie było żadnego, z któregoby uczniowie o zasadach listerowskich dowiedzieć się mogli. Dopiero przed dwoma miesiącami pojawiła się na półkach księgarskich „Chirurgija antiseptyczna“ wydana przez Mac-Cormaca. Dzieło to wydał zachęcony przez Spencer Wellsa, w skutek rozprawy nad metodą listerowską, jaka się toczyła w szpitalu św. Tomasza. Z téj okoliczności możnaby mylny wyprowadzić wniosek, że w ojczyźnie Listera nie przyjęto jego antiseptycznéj oprawy, bo owszem przeważna większość chirurgów londyńskich operuje i opatruje antiseptycznie.

Jak wszyscy przybysze do stolicy Albionu, tak i ja pośpieszyłem do zródła, zkąd się zasady antiseptyczne szerzyć poczęły, do Kings College Hospital. W obszernéj sali operacyjnéj i wykładowéj oczekiwałem przybycia Listera. Jak we wszystkich większych zakładach światło pada z góry a ławki amfiteatralnie wzniesione na około stołu operacyjnego. U nas przybyciu profesora towarzyszy zawsze ruch między uczniami, którzy wstają, kłaniają się itd., w Londynie zaś nikt się nie rusza, tylko gwar ustaje, a obcy lekarze, dla których pierwsza ławka pozostawiona przedstawiają się i witają. Przed operacyją Lister i asystenci jego myją sobie ręce w kwasie karbolowym, narzędzia leżą w wodzie karbolowéj a osobne naczynie z wodą karbolową stoi w pogotowiu, aby sobie operator w ciągu operacyi powalane ręce mógł oczyścić. Posługaczki przystępują w czystych sukniach i z czystemi rękami. Posługaczy używa się tylko do grubszych usług, chorym zaś tak kobietom jak mężczyznom usługują tylko kobiety. Zdaje mi się, że to dla antiseptycznych opatrunków jest ważnym czynnikiem, bom nigdzie nie widział czystych posługaczy. Do większych operacyj operatorowie przystępują w czystych kapotach z rękawami sięgającemi tylko do połowy ramienia, albo téż bez surdutów z podwiniętemi rękawami od koszuli, a ręce aż po barki, myją sobie wodą karbolową. W takim stroju operator przypomina wprawdzie rzeźnika, zwłaszcza gdy fartuch biały założy, ale o ile traci estetyka, o tyle zyskuje chory. Przed operacyją ustawia Lister stół w ten sposób, aby uczniowie jak najlepiéj widzieli i asystenci także tak stać muszą, aby sobą nie zasłaniali pola operacyjnego, co więcéj i w ciągu operacyi co chwila odpycha kogoś zasłaniającego widok.

słowem jest nie tylko operatorem ale i nauczycielem. Przez to czas trwania operacyi nieco się przedłuża, ale zważywszy, że chory śpi, że mgła karbolowa zapobiega infekcyi a więc nic nie zależy na pośpiechu przy operacyi, tylko na dokładności, a starą zasadę: *cito, tuto et jucunde* przeniósł Lister z operacyi na leczenie następowe. Ranę oczyszczoną gąbkami tylko (bez wszelkiego przestrzykiwania) zaszywa katgutem lub srebrnym drutem bardzo gęsto, tak, że odległość jednego szwu od drugiego wynosi zaledwie $^1/_2$ cm. i zakłada dren, którego koniec jednakże wystawać nie śmie po nad skórę, lecz musi leżeć w poziomie rany, a wpadnięciu zapobiega przywiązaniem.

Nie każdy katgut odpowiada warunkom, jakich wymaga Lister. Dobry katgut nie powinien się za nadto prędko rozpuszczać. Zakładając *protective silk* na ranę powinno się uważać, aby jak najszczelniéj przylegało i dla tego dren nie winien wystawać. *Protective* ma być tylko nieco większe od rany a szczególniéj powinno się unikać przykrycia fałdów lub zagłębień skóry, które trudno oczyścić i zkąd pasorzyty pod *protectivem* łatwo dostają się do rany. Jako takie miejsce wskazuje przedewszystkiém pępek przy ranach na brzuchu. Na *silk protective* przychodzi gruby pokład gazy antiseptycznéj, która znacznie przekracza obwód rany i również duży kawał makintoshu, tak że np. przy ranach kolana opatrunek sięgać musi przynajmniéj od połowy podudzia do połowy uda. Opatrunek przytwierdza opaską z gazy antiseptycznéj, a przy opatrunkach na tułowiu nadto jeszcze opaską elastyczną. Działanie spraya ustaje z przyłożeniem makintoshu. Taki opatrunek pozostaje, bo nie ma wcale wydzieliny w przeważnéj ilości przypadków a opatrunek zdjęty wcale nie cuchnie. Każdy następny opatrunek zakłada się z temi samemi ostrożnościami, z jakiemi pierwszy został założony, póki nie nastąpi zupełne wygojenie się. Ranę oczyszcza się gąbkami zwilżonemi w wodzie karbolowéj (bez przestrzykiwania), dren każdorazowo się wydobywa i płucze w kw. karbolowym. Leczenie odbywa się *cito, tuto et jucunde.* Przez zastósowanie chloroformu Simpson operacyję zrobił *„jucunde“* dla chorego i za to mu wdzięczna ojczyzna w Westminstrze marmurowy wystawiła pomnik, Listerowi Dr. Championière przyznaje pomnik złoty, który Nélaton przeznacza temu, co zapobieże zakażeniu ropnemu po operacyi.

Metodę antiseptyczną można obecnie uważać za powszechnie przyjętą, jakkolwiek nie wszyscy ją tak skrupulatnie stósują jak sam Lister, ale bo téż chyba nie wszyscy tak są świadomi celu, jak on i tak jak on badają przebieg ran i części składowe do opatrunków użyte. Bez wątpienia metoda antiseptyczna zmniejsza śmiertelność, skraca czas leczenia, usuwa gorączkę z małemi wyjątkami a przytém zmiana opatrunków nie jest dolegliwą dla chorego. Trudno jednak wymagać zniżenia śmiertelności do zera, bo kwas karbolowy truje pasorzyty ale śmierci nie otruje. Kosztowności opatrunku listerowskiego nie można podnosić, zważywszy że nieraz trzy lub cztery opatrunki wystarczają nawet po owaryjotomii. Nie miłém jest działanie kw. karbolowego na ręce i woń jego, po któréj się poznaje chirurga opatrującego antiseptycznie jak uczniów z pierwszych lat po woni trupiéj. Niektórzy chirurgowie londyńscy nacierają sobie dla tego ręce waseliną, zanim przystępują do operacyi. Zważywszy nadto, że karbol czasem bywa przyczyną śmierci, byłoby rzeczą pożądaną, aby go zastąpić można czémś inném.

W ostatnich czasach otrzymują jeszcze lepsze wyniki przez rzadsze używanie drenu. I tak np. wielu nie zakłada drenu po owaryjotomii, jeżeli operacyja odbyła się bez trudności. Widziałem pierwszą taką operacyję w Hamburgu i pokazano mi chorą, którą można było uważać za rekonwalescentkę, jakkolwiek to dopiero był ósmy dzień po owaryjotomii. Rana była całkiem zagojona, stan ogólny dobry. Wielu téż operatorów londyńskich tak operuje. Thornton po wycięciu nerki nie założył drenu i chora dnia dziewiątego była rekonwalescentką. Z oddziału Dra Obalińskiego także sobie przypominam przypadek, gdzie po resekcyi kreski uwięzgniętéj dren drugiego dnia wypadł a za tydzień rana była prawie całkiem wygojoną. I rzeczywiście w obec tego że zachody antiseptyczne niedopuszczają infekcyi rany, można ją zamknąć, gdy części chorowite usunięto, bo założywszy dren według teoryi pasorzytnéj tylko się furtkę dla pasorzytów otwiera.

Jednakże aby mieć pożądane wyniki nie wystarcza tylko samo operowanie i opatrywanie antiseptyczne. Ani klinika, ani szpital krakowski nie może wykazać się takiemi sprawozdaniami, jak zakłady zagraniczne. Może operatorowie nie dorównają zagranicznym? Z dumą przyznać mogę, żem w Krakowie widział piękne przykłady, i że w porównaniu z niemi nie jeden chirurg londyński zasługuje na przydomek fałatacza. Ale rumienić się muszę porównywając oddział chirurgiczny krakowski z zagranicznemi, a kliniki nawet porównywać nie można. Ilość łóżek powinnoby się przynajmniéj o połowę zmniejszyć i zaprowadzić lepsze stósunki higijeniczne. W Londynie łatwoby można temu zaradzić. Komitet odwołałby się do ofiarności publicznéj i nie bez skutku; w naszym biednym kraju sprawa jest trudniejsza.

Londyn, dnia 13 lipca 1880. *Dr. Bogdanik.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Wspomnieliśmy w Numerze przeszłym o przyjęciu przez Sejm wniosków prezesa Majera, dziś podajemy w dosłownem brzmieniu

Sprawozdanie Komisyi edukacyjnéj o wniosku posła Dra Majera w przedmiocie stosunku Uniwersytetu, a mianowicie jego klinik do szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Pod dniem 9 lipca rb. Wysoki Sejm przekazał do sprawozdania komisyi edukacyjnéj wniosek dotyczący stosunku klinik Wydziału lekarskiego w Krakowie z tamecznym szpitalem św. Łazarza. Ponieważ wniosek ten obejmuje trzy oddzielne ustępy, nad każdym więc z osobna wypadnie nam się zastanowić.

Pierwszy z nich zamierza do uchwały upoważniającéj Wydział krajowy, ażeby część gruntu należącego do szpitala św. Łazarza odstąpił bezpłatnie na wystawienie kosztem skarbu państwa dwóch pawilonów klinicznych.

Co do tego punktu Komisyja daje następujące wyjaśnienie:

Kliniki Uniwersytetu Jagiellońskiego, mimo uznanéj gorliwości ciała nauczycielskiego, nie mogą nastręczać w tym zakresie korzyści, w jakim dla nauki i uczniów, a w dalszém następstwie dla kraju, wymagaćby jéj należało. Główną tego przyczyną jest zupełne oderwanie ich od wszelkiego związku ze szpitalem, niestósowność i szczupłość umieszczenia, ograniczającą liczbę łóżek ogółem do 93, z których na klinikę lekarską przypada 24, chirurgiczną 15, okulistyczną 24, położniczą 30. Ztądto właśnie wynikają nader niekorzystne warunki pod względem ilości, doboru i zmiany chorych, potrzebnych do celów naukowych i dydaktycznych, któreto braki i niedogodności już z dawna uczuwać się dające, w obec coraz bardziéj wzrastających wymagań nauki, stawać się téż musiały coraz dotkliwszemi.

W tym stanie rzeczy, po najusilniejszych staraniach ze strony Senatu akademickiego, Wydziału lekarskiego, Dyrekcyi klinik i poszczególnych profesorów, po rokrocznie od lat kilkunastu wnoszonych do właściwych władz memoryjałach, przedstawieniach i podaniach, nadeszła wreszcie od Namiestnictwa pod dniem 19 lipca 1878 r. pożądana wiadomość, że Ministerstwo oświecenia zgodziło się na wystawienie na gruncie szpitalnym dwóch pawilonów celem pomieszczenia klinik. Komisyja przeznaczona do zbadania tego projektu na miejscu, do któréj składu, prócz Delegata Namiestnictwa w Krakowie, należeli, Delegat Wydziału krajowego, Dziekan Wydziału lekarskiego i profesorowie klinik, uznała projekt za najodpowiedniejszy. Gdy atoli Wydział krajowy, zgadzając się na budowę pawilonów klinicznych na gruncie szpitala św. Łazarza, odmówił stanowczo żądanego przez Ministerstwo bezpłatnego odstąpienia pod tę budowę potrzebnego gruntu, zawiązały się zatém bezowocne rokowania około tytulu i prawa, jakie Uniwersytet mieć może do szpitala św. Łazarza, a tymczasem cel główny nie tylko do skutku dojść nie mógł, ale co większa, stanowczo zagrożony został oświadczeniem Ministerstwa z dnia 6 kwietnia 1879 roku, iż bez zadośćuczynienia warunkom bezpłatnego odstąpienia gruntu i przyczynienia się choćby skromną kwotą funduszu szpitalnego, zaniechaćby musiało dalszéj pertraktacyi w sprawie budowy pawilonów klinicznych.

Ponieważ Ministerstwo żądanie swoje opierało na prawnym stosunku Uniwersytetu do szpitala św. Łazarza, przeto Wydział krajowy, uznając ze swéj strony stosunek ten za nieuzasadniony, podaje w téj mierze szeroki wywód w swojém Sprawozdaniu z czynności w roku 1879. (por. Nr. 24 Przegl. Lek. Redakcyja).

Nie jest rzeczą Komisyi rozbierać po szczególe ten obszerny wywód, a tém zaś mniéj jeszcze mogłoby być rzeczą Wysokiego Sejmu orzekać o prawomocności przytoczonych dokumentów, a zwłaszcza ich tlumaczenia. Komisyja więc wstrzymuje się od tego tém chętniéj, że ostatecznie, pomijając stosunki dawniejsze, będzie ona zmuszona stan obecny uznać za prawomocny i według niego wnioski swoje osnować.

Z tego powodu poprzestajemy tu na treściwym zarysie historycznym, nakreślonym według wiadomości zaczerpniętych z akt archiwum Uniwersytetu w Krakowie.

Że z biegiem czasu i to nie długiego, stosunek szpitala do Uniwersytetu stał się nader zawikłanym, to nie ulega wątpliwości, jak równie pewném jest to, że początkowo szpital i szkoła lekarska były jedném i tém samém.

Było to pod koniec wieku ubiegłego, gdy Wydział lekarski w Uniwersytecie krakowskim tak dalece podupadł przez zabory funduszów a w części i złą ich administracyję, iż w końcu pozostał w nim zaledwie 1 jeszcze profesor. Szczęśliwym trafem, nie dlugo przed Kołłątajowską reformą Uniwersytetu, przyszedł mu w pomoc, promowany we Włoszech, wielce zasłużony Dr. Jędrzéj Badurski, za którego popędem i wpływem pozyskanym u księcia Michała Poniatowskiego, prezesa słynnéj po dziś dzień Komisyi edukacyjnéj, wziął początek szpital zjednoczony z kliniką uniwersytecką.

Ponieważ między licznemi zakładami dobroczynnemi nie było w Krakowie szpitala odpowiedniego celom naukowym, Komisyja edukacyjna postanowiła zatém utworzyć zupełnie nowy, przeznaczając na to gmach pojezuicki pod nazwiskiem Collegium św. Barbary. Gmach ten uposażony apteką pozostałą po Jezuitach u świętego Piotra, tudzież rocznym dochodem na utrzymanie trzech łóżek, w ilości 300 dukatów, odstąpionym został Akademii krakowskiéj. Tam to z początkiem roku 1780 pod nazwą Szkoły lekarskiéj i ceruliczéj, albo Szpitala akademickiego, otwarto klinikę lekarską, chirurgiczną i położniczą, fundusze zaś administrował postanowiony do tego przez Uniwersytet Prokurator. Za wpływem Badurskiego fundusze wzmożone ofiarami prywatnemi wkrótce dozwoliły ilość łóżek podnieść do 16. Za jego też to staraniem wyjednano do właściwéj posługi i pielęgnowania chorych wejście do szpitala akademickiego sześciu Siostrom Miłosierdzia, sprowadzonym do Krakowa przez biskupa i sufragana Szembeka w roku 1715, mieszczącym się w szpitalu w ulicy św. Jana. Tą drogą wszedł téż do szpitala akademickiego fundusz zakonnic, który jednakże zaledwie przechodził rocznie 3000 złp., a więc równał się prawie połowie dochodu pierwotnego szpitala akademickiego.

W dobréj wierze działający Badurski nie przewidział, że ten sojusz utrudniający z wielu względów dozór i kierownictwo, ograniczający potrzeby instrukcyi publicznéj, doprowadzi z czasem do tego przewrotu, że Siostry zakonne z prawdziwie godnych, świątobliwych pielęgnarek miały się stać właścicielkami zakładu, którego bądź co bądź kierownikiem i zwierzchnikiem był dotąd profesor Badurski. Że zaś dokonywał on tego jako profesor kliniki i dziekan Wydziału lekarskiego, jedność zatém szpitala z kliniką zaprzeczyć się nie da.

Wydział krajowy zdaje się spuścił to z uwagi, gdy mówiąc o zapisach i ofiarach czynionych szpitalowi, umieszcza, że zapisy te całkiem nie dotyczyły kliniki. Skoro cały szpital był kliniką, to na cóż byłyby się zdały jakieś wyróżniania. Gdy wreszcie ofiary te składano w największéj części za staraniem i do rąk Badurskiego, gdy i sam własném mieniem do tego się przyczyniał, to czyż przypuszczać można, żeby ten, którego cała dążność skupiała się około dźwignienia nauki lekarskiéj, który właśnie wyjednał ten zaród kliniki, robił to dla tego, żeby sobie uszczuplać zakres działania nauczycielskiego? Dopóki téż żył, dopóty nieprawne roszczenia jawnie występować nie mogły, mimo wewnętrznych niesnask szpital u św. Barbary nie przestał być szkołą lekarską i cerulicą z prokuratorem uniwersyteckim.

Gdy atoli miejsce to, z powodu szczupłości i położenia w samym środku miasta, okazało się zupełnie nieodpowiedniém celowi, gdy za staraniem szkoły główné Komisyja edukacyjna pod sterem prymasa Poniatowskiego uchwaliła przeniesienie szpitala do klasztoru Karmelitów bosych, gdy przeniesienie to, po dokonaniu reparacyj z odkazanych na ten cel przez szkołę główną funduszów edukacyjnych rzeczywiście nastąpiło w roku 1788; gdy przeniesiono tamże kobiety ciężarne i podrzutki ze szpitala św. Ducha; gdy następnie za wpływem Prymasa stany Rzeczypospolitéj zwiększyły ogólny fundusz szpitalny; gdy wreszcie cały ten zakład przezwany został szpitalem św. Łazarza, już wtenczas do zatarcia śladów pierwotnego prawa szerokie otwarło się pole. Nie pomału przyczyniła się do tego ta okoliczność, iż Prymas zarządzając te zmiany zapowiedział wprawdzie, że wyda szczegółową ordynacyję, lecz uczynił to dopiero w 5 lat, usprawiedliwiając zresztą dostatecznie tę mimowolną zwłokę. W ordynacyi téj wyraża on: że zakupiony klasztor na szpital oddaje szkole głównéj koronnéj, czyli Akademii krakowskiéj, że najpierwszy w nim wpływ powierza medykowi szpitalnemu od Akademii wyznaczonemu, który, między innemi, szczególniéj władać będzie kandydatami medycyny i chirurgii; słowem zastrzega szkole lekarskiéj prawa, jakie miała poprzednio. Czyż opóźnienie ordynacyi wydanéj przez tego, który miał do tego prawo, i który nadto już ją z góry zapowiedział, mogło w czémkolwiek znaczenie jéj osłabiać?

Stało się jednak inaczéj, wprawdzie nie zaraz, ale niezadługo, gdy brakło już Badurskiego i innych świadków przebytych przez szpital kolei. Według własnych wyrazów w sprawozdaniu Wydziału krajowego: „wojna w roku 1794, trzeci podział Polski, zmieniająca się co lat kilka, czasem co kilka miesięcy okupacyja Krakowa przez obce mocarstwa, następujące po sobie rządy pruskie, austryjackie, Księstwa warszawskiego, długi szereg lat pełnych wrzawy wojennéj; to aż nadto wystarczające dowody, że w takim składzie okoliczności rozwiązanie pogmatwanych stosunków prawnych między pretensyjami Akademii i szpitala było rzeczą wprost niemożliwą.“ Otóż to w téj mętnéj wodzie zdołano złowić, co się dało na korzyść jednéj a upośledzenie prawa drugiéj strony. Stała się téż szkoła lekarska komornicą, ograniczaną według upodobania do izb ciasnych i zaduszných, ograniczaną w prawie przyjmowania chorych, ordynacyi a po części i wolnego w każdym czasie dostępu.

Ze stan taki stawać się musiał coraz nieznośniejszym, łatwo to zrozumieć. Z tego téż wynikło, że profesorowie klinik, nie widząc innego ratunku, gorąco pragnęli wyswobodzić naukę z pod takiéj niewoli, czemu téż wreszcie stało się zadosyć przez przeprowadzenie klinik w roku 1827 do osobnego domu, nie takiego, jakiego życzyćby sobie należało, lecz jaki z najmniejszym kosztem wyszukać się dało.

Jakiekolwiek jednak były koleje, któremi toczyły się losy

klinik w Krakowie, Komisyja wychodzić musi w swych wnioskach z takiego stanu prawnego, jaki ostatecznie wyrobiły okoliczności, w jakim więc znajdują się obecnie, a mianowicie: że kliniki stoją oddzielnie od szpitala o własnym funduszu, szpital zaś św. Łazarza wraz z całym majątkiem znajduje się pod zarządem kraju. Jeśli atoli, podając wyżéj przegląd historyczny, Komisyja nie miała na myśli poszukiwania na nowo zatraconych z biegiem czasu praw Uniwersytetu, to jednak sądziła, że w obec Wysokiego Sejmu przedstawić go winna, ażeby uniknąć przypadkowéj bezwzględności w ocenianiu faktów.

Kliniki oddzielone od szpitala, przy mniejszéj za czasów Rzeczypospolitéj krakowskiéj liczbie uczniów mniéj wygórowanych podówczas potrzebach i środkach nauki, mogły dostatecznie odpowiadać celowi. Że jednak obecnie rzecz się ma inaczéj, że uznanym niedostatkom i niedogodnościom w interesie uczniów nauki i kraju zaradzić należy, na to już w samym początku komisyja zwróciła uwagę. Ztamtąd téż już wiadomo, jaki w téj mierze nastręczał się środek, bynajmniéj nie uciążliwy dla kraju, a w porównaniu ze stanem obecnym korzystny dla klinik uniwersyteckich.

(Ciąg dalszy nastąpi).

* C. k. Namiestnictwo reskryptem z dnia 24 kwietnia rb. l. 58.270 po wysłuchaniu krajowéj Rady zdrowia w sprawie sprzedaży w handlach wytworów chemicznych, korzeni i niektórych ziół objętych farmakopeją, orzekło co następuje:

Wedle rozporządzenia Namiestnictwa z d. 27go lipca 1874 l. 58, d. ust. kraj., nie wolno w miejscowościach, gdzie istnieją apteki, sprzedawać w handlach środków lecznicych, a ponieważ następujące przedmioty, jako to: ślaz, mięta, rumianek, grynszpan, rybia trutka *(cocculus indica)*, korzeń rzewniowy, nasienie cytwarowe i wątroba siarczana, służą prawie wyłącznie do użytku lekarskiego, przeto rozumie się samo przez się, iż sprzedaż tych przedmiotów w sklepach nie może mieć miejsca.

Inne przedmioty, jako to: migdały gorzkie, gałki muszkatowe, hałun, liście wawrzynowe, saletra, szafran, kakao, siarka, kwiat siarczany, nie mogą podpadać zakazowi sprzedaży w sklepach, albowiem przedmioty te należą do środków, z których dopiero po odpowiedniém przerobieniu leki się otrzymuje, a prócz tego są dla gospodarstwa i przemysłu niezbędne.

Co się do powszechnéj wiadomości podaje z oznajmieniem, że pp. komisarze obwodowi wraz z pp. lekarzami obwodowymi otrzymali polecenie, aby peryjodyczne w handlach odbywali rewizyje i niestósujących się do ukarania przedstawiali.—Obowiązek czuwania nad wykonaniem tych rewizyj, włożono na p. fizyka miejskiego.

Statystyka epidemij. Ospa w Londynie zmniejszyła się w tygodniu 27. Umarło 13, leczyło się w szpitalach 236, zapadło świeżo 38. W Pradze umarło 15, w Paryżu 48, w Wiedniu i Aleksandryi po 13, w Odesie 5. Tyfus panuje w jednakowém nasileniu w Petersburgu, w Berlinie pojawia się częściéj odra, płonica i dławiec. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro od 16 lutego do 31 maja br. 1019 osób, dopiero w drugiéj połowie maja epidemija widocznie się przełamała. W tygodniu 28 umarło w Krakowie: 3 z ospy, 4 z płonicy, 1 z duru brzusznego, 1 z duru osutkowego i 3 z reszty chorób zakaźnych a doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach ospy (z ul. Krowoderskiéj l. 132 z Kazimierza, ze szpitala św. Ludwika, z Tarnowa i zkąd?), 1 płonicy, (ze szpitala św. Ludwika), 2 błonicy (z Nowéj Wsi), 2 duru brzusznego (z Nowéj Wsi i Ruszczy), **1 z duru osutkowego** (z ul. Grodzkiéj l. 111).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 26 umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 38,4; we Lwowie 28,2; w Warszawie 27,8; w Wiedniu 26,4; w Budapeszcie 34,9; w Pradze 34,8; w Tryjeście 32,8; w Berlinie 52,0; w Wrocławiu 36,4; w Mnichowie 38,0; w Dreźnie 26,4; w Lipsku 24,1; w Bazylei 16,3; w Brukseli 19,9; w Amsterdamie 20,4; w Hadze 14,5; w Paryżu 24,4; w Londynie 18,5; w Kopenhadze 23,2; w Stokholmie 26,5; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 49,6; w Odesie 51,8; w Wenecyi 24,8; w Bukareszcie 30,4; w Barcelonie 30,0; w Aleksandryi 42,9; w Nowym Jorku 23,5; w Bombayu 30.6; w Madrasie 30,7. *J. B.*

* Statystyka frekwencyi w wydziałach lek. niemieckich. W półroczu letniém 1880 było uczniów we Wrocławiu 231, Kielu 99, Bonnie 154, Marburgu 134, Heidelbergu 122, Fryburgu 212, Erlandze 94, Würzburgu 391, Monachijum 408, Bernie 163 (31 kobiet), Insbruku 74, Grazu 106.

Sprawozdanie o śmiertelności

w miastach Galicyi liczących nad 15.000 ludności, za czas od dnia 28 marca do 26 czerwca 1880 r. (Kwartał drugi).

Nazwa miasta	Ludność obliczona na koniec roku 1879	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Stosunek zmarłych obliczony na 1000 mieszkańców i na rok	Wiek zmarłych: 1 rok	2–5 lat	6–20 lat	21–40 lat	41–60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany	Przyczyna śmierci – Choroby zakaźne: Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.	Inne panujące choroby: Suchoty płuc	Zapalenie płuc, krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry go ciec stawowy	Zapalenie jelit	Cholerynа	Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.: Śmierć przypadkowa lub nieznana przyczyna	Samobójstwo	Morderstwo
Lwów	110 623	1164	42.1	236	126	97	220	246	239	—	—	1	8	20	3	20	1	—	1	3	—	252	233	25	39	—	32	5	506	18	10	—
Kraków	63.600	619	38.9	128	101	51	229	127	83	—	19	1	10	11	2	12	2	—	3	1	12	109	139	31	2	1	42	—	206	3	7	—
Brody	19.0 5	168	35·3	51	12	12	24	28	41	—	—	—	—	6	3	4	2	—	1	—	—	20	20	3	1	—	9	—	93	1	—	—
Drohobycz	21.524	231	42.9	58	41	23	35	39	34	1	—	—	6	10	4	9	—	—	1	—	—	22	16	46	2	—	12	—	102	1	—	—
Kołomyja	20.046	247	49.2	85	55	26	30	23	27	1	5	—	4	14	—	—	—	—	—	2	—	32	47	4	3	—	1	—	132	2	1	—
Przemyśl	19.667	183	37.2	68	16	17	14	40	28	—	—	1	—	12	2	—	—	—	—	—	—	56	26	11	1	—	3	—	67	1	3	—
Stanisławów	15.69[illegible]	230	58.5	97	13	13	43	28	36	—	—	—	—	5	10	4	—	—	—	1	—	33	13	6	—	—	8	—	149	—	3	—
Tarnopol	22 4[illegible]8	201	35.7	68	15	14	35	33	36	—	—	—	—	6	2	6	1	—	1	—	—	46	25	3	3	—	5	1	97	4	1	—
Tarnów	32.879	369	44.8	121	91	47	34	33	43	—	—	91	—	19	1	6	4	—	1	—	—	36	83	2	1	—	—	27	90	1	—	1
	325 533	3412	42.7	912	470	300	564	597	567	2	24	91	28	103	27	61	10	—	8	7	12	609	602	136	43	1	136	13	1442	26	25	1
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych:				267	13 8	8.8	16.5	17 4	16·6	0.06	0.70	2 75	0.82	3.0	0 79	1.78	0.29	—	0 23	0.50	0.35	17.8	17.6	3.69	17.8	17.6	3.69	0.38	42 2	0.76	0.73	0.02
				40·5%							10·56%																					

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 lipca. Podajemy bez uwag „Sprawozdanie komitetu wyznaczonego przez Towarzystwo lekarskie warszawskie do przejrzenia i uzupełnie-

nia Słownika lekarskiego Kremera i Skobla," umieszczone w ostatnim numerze „*Medycyny*":

Po dokładném przejrzeniu słownika lekarskiego Drów Kremera i Skobla z r. 1868 i „Uzupełnienia" tegoż z r. 1874, Komitet przyszedł do przekonania:

1) że w Słowniku tym jest wiele wyrazów z mowy potocznéj, zwyczajnéj, które bezpośredniego związku z nauką lekarską nie mają i do terminologii lekarskiéj wcale nie należą, jak: *amare*, kochać—*jentenulum*, śniadanie—jeżdżenie wozem, wózka—*litera*, głoska itp., które zatém w Słowniku całkiem opuścić należy.

2) że pomieszczono w nim wyrazy i nazwy z zakresu nauk przyrodniczych (zoologii, botaniki, chemii i fizyki), które jakkolwiek łączą się ściśle z medycyną, nie wchodzą jednak w skład terminologii lekarskiéj, i opracowane być winny w odnośnych naukach, szczegółowo i przez ludzi biegłych w pomienionych gałęziach, a z których w Słowniku pomieszczone być mogą tylko te wyrazy, które mają zastósowanie w nauce farmakologii. W słownictwie chemiczném uwzględnić należy terminologiją przez Komitet warszawski opracowaną (dzieła: Jurkiewicza, Natansona, Zdanowicza), ile że w téj terminologii w stosunku do krakowskiéj zachodzi ważna różnica.

3) że znajdują się tu wyrazy czysto rosyjskie, niezmienione nawet wcale, na które mamy w języku naszym odpowiednie i dobre wyrażenia, których zatém pozbywać się nie ma potrzeby, jak np. usilstwo w znaczeniu: zgwałcenia (słowo używane w *Vol: legum* w znaczeniu napadu)—wywich (zwichnienie), sustaw, mazanie, zadzierzenie, udar itp., które ze Słownika całkiem wykreślone być winny.

4) że podawane są całkiem niepotrzebnie wyrazy ludowe, miejscowe (powiatowszczyzny), często nie polskie lub skoszlawione, które w terminologii naukowéj nie mają prawa znajdować się, jak np. czytamy: *Lacacidum*=w Szląsku górnym: kiska,—krosty, w Krakowskiém niewłaściwie, zamiast: ospa (zwłaszcza, że nie tylko w Krakowskiém lud się tak wyraża),—śledziona, dawniéj słodzona,—krtań u ludu w Krakowskiém krztoń; albo np. pochrzypcizna (*interscapulium*), słowo tylko u rzeźników znane (dla oznaczenia części wołu lub wieprza), a nigdy w anatomii ludzkiéj nie używane; wiewiór (tryper). Ponieważ słownik nie obejmuje w sobie wszystkich nazw ludowych w całéj Polsce używanych, dla uniknienia przeto nieporozumienia, należy pomieszczone tu wyrazy pojedyńcze całkiem opuścić.

5) są przekłady nazwisk kąpielowych, które nie mogą i nie powinny być przepolszczane, jak np. Kreuznach na Krzyżnak, Kissingen na Kisięga, Gastein (Wildbad) na Gastuń (dla czego nie Jastuna, jak się najprzód nazywało?!), Karlsbad na Karolowe wary, a Karlsbrunn na Karolowa studzienka! Wszystkie te wyrazy, jako nie mające związku z terminologiją lekarską i należące do Słownika geograficznego, powinny być opuszczone.

6) jest wiele wyrazów starych, niewłaściwie do terminologii lekarskiéj przystósowanych, albo błędnie wytłumaczonych, jak: ukleja (polip), śledziennik (właściwie cierpiący ból śledziony), czerwonka (dysenteryja), mądy v. mudy (jądra), otrok, lekarstwo (nauka lekarska), cyrulictwo (chirurgija, która niegdyś była istotnie rzemiosłem cyruliczém).

Uwaga 1. Nie od rzeczy będzie zaznaczyć, że wyszukiwanie wyrazów lekarskich w starych książkach polskich nie wiele przynieść może korzyści dla teraźniejszego słownictwa lekarskiego, z powodu, że lekarze nasi z wieku 16, 17, 18 pisali, z małym wyjątkiem, w języku łacińskim. Wyjątki zaś, pisane po polsku, odnoszą się wyłącznie do chorób epidemicznych, w szczególności do zarazy morowéj, albo obejmują traktaty popularne, już to treści medycyny domowéj, już téż profilaktycznéj lub weterynarnéj; rozpraw lub dzieł ściśle naukowych lekarskich nie ma prawie wcale, są tylko zielniki z dodatkami farmakologicznemi. Posiłkować się zatém wyrazami przez lekarzy dawniejszych używanemi, możemy i powinniśmy (podobnie jak słowami języków sławiańskich mowie naszéj pobratymczych), wszakże tłumaczyć temi wyrazami dzisiejsze pojęcia patologiczne, fizyjologiczne itd., trudno; ze nie powiemy niepodobna. Za przykład téj trudności mogą posłużyć wyrazy: „przymiot i kiła." Przymiotem oznaczono chorobę zaraźliwą w ogólności, a czasem i chorobę syfilityczną w szczególności, dla tego, że ją dopiero poznano i jako bezpośrednio zaraźliwą (przymiotną) uznano. Nie rozróżniając ściśle i zawsze dymienicy wenerycznéj od przepukliny, mówiono także o wrzodach kiłowych (niby syfilitycznych), chociaż kiła oznacza właściwie przepuklinę.

Mało jest takich wyrazów, dziś z użycia wyszłych, które możnaby przyswoić słownictwu lekarskiemu na zasadzie dokładnie określonego pojęcia rzeczy, do jakich należą np. więz (więza), wyrażenie przez Górnickiego używane w znaczeniu składu ciała, budowy v. konstytucyi—zachwyt: sen śmiertelny, letarg, lubo słowo to, zdaje się, wyrażało stan głębokiéj śpiączki, *coma*, zawsze jednak słowo pożyteczne.

Uwaga 2. Nie rozumiemy także, dla czego w Słowniku trzymano się uparcie form przypadkowania i pisowni dawniejszéj, kiedy dziś wyrobiły się wygodniejsze lub eufemiczne. Tak używa się w słowniku Skobla ciągle: pisa*rzów*, leka*rzów*; gdy tymczasem gramatyka uznaje dwie formy zakończenia 2go przyp. l. mn. w tych rzeczownikach za równie dobre (tj. leka*rzy*, pisa*rzy*); tak samo piszą niepotrzebnie: s*rz*ód, pos*rz*edniczyć, podej*źrz*enie, zamiast: śród, pośredniczyć, podejrzenie itp., okwicie, łaźń, męcherz itp.

7) Urobiono nareszcie mnóstwo wyrazów nowych, nie zawsze zgodnych z duchem języka i pojęciem naukowém, jak: pocilnica, księżycznik, obłędziniec, myciel, samozmaza, pytaczka, wnętrawiec, przylepiec, chorownia, niszczenica, kiłowiny, czujnia, przesad, czworzęta, odrozwodnik, ćwierciel, rodotnictwo, rodociectwo, gromło, doświadczeństwo, kręcz, mierzyca, miękkowidz itp., które jako niezrozumiałe i utrudniające pojęcie rzeczy, powinny być ze Słownika wykreślone, czyli, że takowe, pomimo zamieszczenia ich w Słowniku, w użycie nie weszły i nigdy wejść nie mogą.

8) Co się tyczy przepolszczonych nazw niektórych chorób, zakończonych na: *ica, yca*, jak: siuica, ropnica, blednica; niemniéj nazw przetworów farmakologicznych, mianowicie alkaloidów zakończonych w Słowniku na spółgłoskę, jak: chinin, morfin itd., które my po większéj części dotąd kończyliśmy na samogłoskę, np. chinina, morfina, tudzież złożonych ciał chemicznych, zakończonych w Słowniku na iny, jak: jodziny, rtęciny, miedziny itp., to Komitet jest zdania:

a) że zakończenie nazwisk chorób na ica, yca, należy zatrzymać przy tych wyrazach, które się utarły i w użycie weszły, jak: blednica, zimnica, ropnica, sinica, gruźlica, pylica, kamica.

b) zachować w nazwach pierwiastków chemicznych, jak: brom, jod, kadm, lit, fosfor itp., zakończenie na spółgłoskę, co się zaś tyczy nazw związków chemicznych alkaloidów (soli) pozostawić zakończenie na *a*, np. chinina, morfina, digitalina itp.

c) lekarstwa, czyli związki chemiczne pewnych pierwiastków, nazywać przetworami, np. jodowemi, rtęciowemi, miedziowemi, zamiast przyjętych w słowniku nazw spolszczonych, jak: jodziny, rtęciny itp.

9) Nazwy greckie, łacińskie, francuskie itp., służące do oznaczenia chorób, nauk, pojęć anatomicznych, patologicznych, fizyjologicznych itp., które powszechnie u wszystkich narodów przyjęte zostały i u nas uzyskały niejako prawo obywatelstwa, zachować bez zmiany z zakończeniem polskiém, jak dotąd ma miejsce i jak używaném bywa w literaturze ogólnéj np. fizyjologija, patologija, medycyna, chirurgija, operacyja, apopleksyja, dyfteryja, koklusz, dysenteryja, krup, klinika, sekcyja, natura, elektryczność, lunatyzm itp.; ponieważ ani w naszym, ani w żadnym innym języku nie ma odpowiednich na to wyrazów, a wierne przepolszczenie ich jest z jednéj strony wadliwém co do wyrażanego pojęcia naukowego, z drugiéj strony prowadzi do skażenia języka ojczystego.

10) W końcu, z powodu wytkniętych tu w krótkości uwag zdaniem Komitetu, koniecznych, i na zasadzie przedstawionéj ogromnéj liczby (przeszło 1000) poprawek i wykreślonych nazw w Słowniku zamieszczonych, których to poprawek dla braku czasu wymotywować i uzupełnić nie podobna; Komitet czuje się w obowiązku wyrazić gorące życzenie, aby, dla dobra Słownika, jego pożyteczności i trwałości, dla niezbędnéj w téj sprawie jednostajności na przyszłość, dla rozwoju literatury lekarskiéj w naszym kraju, wreszcie dla zachowania czystości ojczystego

języka, Komisyja terminologiczna w Krakowie wstrzymała się z drukiem Słownika nowego do czasu, zanim elaborat Komisyi do druku przygotowany nie będzie troskliwie przejrzany przez Komitet Towarzystwa lek. warszawskiego, i zanim nie nastąpi stósowne w téj sprawie porozumienie pomiędzy Towarzystwem krakowskiém, warszawskiém, lwowskiém i poznańskiém, tak, iżby Słownik nowo wydany był rzeczywiście wyrazem zgodności lekarzy we wszystkich częściach Polski zamieszkałych.

* W dniu dzisiejszym wykonał tu sekundaryjusz Dr. Maks. Kohn owaryjotomiję na osobie młodéj w szpitalu św. Łazarza znajdującéj się.

* W Cieplicach czeskich dod. 13 bm. bawiło gości kąpielowych 6062.

+ **Karlsbad** 17 lipca. Do dziś dnia było osób 17,289, o 1372 więcéj niż do tegoż dnia r. z. Wyjąwszy dzień 12 lipca tego tygodnia, w którym deszcz ciepły przy ciepłocie 15° R. orzeźwił przyrodę, reszta dni tygodnia były prześliczne z temperaturą między 20°—22° R. stale się utrzymującą, dochodzącą na słońcu do 32° R.

* **Mianowania i odznaczenia.** W Wydziale lek. we Wiedniu habilitują się: Dr. Becker do chorób dzieci, Dr. Fuchs z oftalmologii i Dr. Mracek z syfilidologii.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 29: Dalszy ciąg dwóch rozpraw w poprzednim numerze wymienionych.

Redakcyja otrzymała:

Prof. ADAMKIEWICZ (Kraków): Schmidt-Mülheims „Propepton.“ (Osobne odbicie z archiwu Virchowa) str. 5.

Piśmiennictwo lekarskie. KILLICHES A., Statistik des Sanitätswesens d. im Reichsrathe vertret. Königreiche u. Länder (ohne Dalmatien). Nach d. f. d. J. 1875 vorgel, Berichten. gr. 4. Wien, Gerolds Sohn. M. 9.

MAC MUNN C. A., The Spectroscope in Medicine. 8. Illust. Philadelphia sh. 15.

NÉLATON CH., Des épanchements de sangs dans les plèvres consécutifs aux traumatismes 8. Paris, Masson. Fr. 3.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 31 lipca 1880. **№ 31.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. DOMAŃSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. (C. d.) — II. RYDYGIER. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowéj. (C. d.) — III. *Oceny i sprawozdania*: CRITCHETT i BADER. O nowych sposobach leczenia śluzotoku *(ophthalmia gonorrhoica)*. POLLOCK. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. Sprawy Towarzystw lekarskich. Posiedzenie Tow. lek. krak. — V. *Odcinek:* Sprawy lekarskie w Sejmie. II. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

12. Zmiany anatomiczne kiłowe rdzenia pacierzowego i jego opon nie są dotychczas dokładnie poznane z dwóch przyczyn: naprzód ponieważ są w ogólności rzadkie przynajmniéj dla obserwacyi anatomicznéj powtóre, ponieważ przypadków, którym miano sposobność przypatrzeć się bliżéj na stole sekcyjnym, z małym bardzo wyjątkiem nie wyzyskano należycie dla nauki zaniedbując w szczególności badania mikroskopijnego.

Pomijając choroby rdzenia pacierzowego i jego opon będące skutkiem zmiany kiłowéj w stosie kręgowym znajdujemy naprzód przypadki, w których badanie anatomiczne nic nie wykryło; byłyby to zatém zboczenia czynnościowe bez zmiany anatomicznéj. Że takie pojęcie nie odpowiada dzisiejszemu stanowisku nauki, że każde zboczenie za życia obserwowane musi mieć i ma niewątpliwie swą przyczynę materyjalną, wątpliwości nie ulega. Dlatego czując niedostateczność przypuszczenia kiłowych zboczeń wyłącznie czynnościowych ze strony rdzenia pacierzowego ucieczono się do przypuszczenia, że samo zakażenie krwi jadem kiłowym, sama może w niéj zmiana anatomiczna w postaci pewnego rodzaju niedokrewności właściwéj jest powodem objawów postrzeganych za życia, których przyczyna anatomiczna po śmierci wykazać się nie da. Takie tłumaczenie nie jest rzeczywiście żadném wyjaśnieniem, lecz tylko raczéj uzasadnieniem naszéj niewiadomości, bo opiera się na przypuszczeniach, którychby znów trzeba osobno dowodzić.

W innych, zawsze atoli rzadkich przypadkach znaleziono zmiany anatomiczne, które, o ile z dotychczasowych danych sądzić wolno, w ogólności okazują analogiję do zmian kiłowych w mózgu. Najczęstszemi są zmiany kiłowe opon ze stwardnieniem lub utworzeniem kilaków i następowém zrośnieniem opon tak ze sobą jak i z rdzeniem pacierzowym.

W samym rdzeniu pacierzowym występować mogą skutkiem kiły stwardnienia lub kilaki. Kilaki są bardzo rzadkie i pojawiają się, ile sądzić można, prawie zawsze tylko w obwodzie rdzenia. Zmiany w naczyniach, zdaje się, że wykryto w niektórych przypadkach.

Co do zmian następowych, znajdujemy gdzieniegdzie wzmianki o rozmiękczeniu; w jakim atoli stósunku zostaje to rozmiękczenie do zmian bezpośrednich kiłowych w rdzeniu pacierzowym a mianowicie w jego naczyniach, w téj chwili jeszcze nie rozstrzygnięto.

13. Nader ważném jest pytanie w ostatnich latach osobliwie we Francyi poruszane, czy zmiana anatomiczna cechująca wiąd pacierzowy (*tabes dorsalis*) może być następstwem bezpośredniém kiły. Pytanie to trudno bardzo dziś już rozstrzygnąć nawet za pomocą badania anatomicznego a to z powodu, że ściśle rzecz biorąc nie znamy na pewne ani jednego znaku, któryby wyłącznie cechował zmianę kiłową. Wszystkie zboczenia anatomiczne razem uważane niewątpliwie dać nam mogą i dają rzeczywiście pewną skazówkę, że dana zmiana jest kiłową, ale w samym tworze kiłowym nie znajdujemy nic, coby go bezwarunkowo i wyłącznie cechowało. W obec tych trudności nie pozostaje nam nic innego, jak przedstawić bezstronnie okoliczności, które autorów skłaniają do jednego lub drugiego twierdzenia i podać niektóre uwagi na własnych postrzeżeniach oparte.

Fournier, pierwszy jak wiadomo, jeszcze w r. 1876 wystąpił z twierdzeniem, że między kiłą a wiądem pacierzowym istnieje ścisły związek, popierając je swoją statystyką, która w 30 przypadkach wiądu wykazała 24 razy poprzednie objawy kiły, tudzież terapiją, albowiem jodek potasu w wielu przypadkach doprowadził do wyleczenia.

Przeciwko temu twierdzeniu wystąpili energicznie Drysdale, Bloxham i Broadbent. Drysdale zwrócił się przeciw mniemaniu, jakoby wszystko można przypisywać kile, Bloxham pyta się, dlaczego kobiety tak rzadko podlegają wiądowi pacierzowemu, jeżeli mają kiłę,

a Broadbent jeszcze dawniéj położył nacisk na tę okoliczność, że kiła tworząc właściwe zmiany anatomiczne nie trzyma się systematu ani anatomicznego ani fizyjologicznego, co właśnie ma być cechą wiądu pacierzowego.

M. Cornil w dziele co właśnie wydaném zajmuje w kwestyi, o któréj mowa, stanowisko pośrednie: jeżeli prawdą jest, że $^2/_3$ wszystkich przypadków wiądu poprzedzała kiła, trzeba ją uważać za przyczynę tylko uspasabiającą do wiądu bez związku ściślejszego. Wiąd pacierzowy u kiłowych nie różni się niczém od wiądu w niekiłowych. Co do zmian anatomicznych, nie znajdujemy u kiłowych w odpowiednich częściach rdzenia pacierzowego nic, coby kiłę oznaczało, owszem zmiany są teżsame, co i u tych, którzy nigdy kiły nie przebyli. Terapija nie popiera zdania Fourniera, bo z jednéj strony polepszenia skutkiem leczenia antisyfilitycznego mogły być tylko chwilowe i po prostu następstwem naturalnych oscylacyj w natężeniu objawów chorobowych, a z drugiéj rtęć bez wątpienia skutkuje przeciw cierpieniom całkiem z kiłą nic wspólnego nie mającym. Julliard nie zgadza z tak absolutném twierdzeniem Cornila: według niego zmiana anatomiczna we wiądzie pacierzowym nie ogranicza się nieraz ani do samego rdzenia pacierzowego ani tém mniéj do samych jego sznurów tylnych. I tak zboczenia ze strony mózgu i nerwów mózgowych np. nerwu wzrokowego tudzież objawy ze strony nawet przednich sznurów rdzenia dowodzą, że zmiana anatomiczna nie zajmuje w wielu przynajmniéj przypadkach samych tylko sznurów tylnych, nie trzyma się więc systematu ani anatomicznego ani fizyjologicznego. Zarzut ten więc przeciw kiłowemu pochodzeniu wiądu upada. Zresztą oddawna rzeczą wiadomą, że w wiądzie znajdujemy nieraz zgrubienie naczyń mianowicie drobniejszych i włosowatych, chociaż obecnie zdaje się, że zmiana w naczyniach poprzednio opisana nie jest wyłącznie tylko kile właściwą.

Nie kusząc się o rozwiązanie ważnéj téj kwestyi, o któréj mowa, mogę na podstawie własnych dosyć licznych spostrzeżeń oświadczyć, co następuje:

1) Większa połowa, $^3/_4$ a może nawet $^4/_5$, moich chorych na wiąd pacierzowy kiłę przebyła niewątpliwie, chociaż prócz jednego chorego ani jeden w czasie wiądu postępującéj kiły nie okazywał.

2) Zgodnie ze zdaniem Cornila wiąd u kiłowych nie różnił się niczém od wiądu u osób, które nigdy kiły nie miały.

3) Co do wniosków z terapii o naturze wiądu, zasługują na uwagę następujące okoliczności.

Środki właściwe przeciwkiłowe jak przetwory jodu i rtęć w rzadkich stósunkowo przypadkach pomagają statecznie przeciw wiądowi. Z moich postrzeżeń widziałem skutek stanowczy po jodzie raz i po rtęci także raz. Pierwszy przypadek dotyczył wiądu z zanikiem nerwu wzrokowego przez okulistę stwierdzonym, w którym jod w krótkim już czasie wpłynął nader znacznie na polepszenie wzroku, chodu, oddawania moczu i zniósł bóle błyskawiczne w odnogach dolnych; drugi postrzegany w oddziele kol. Pareńskiego odnosi się do młodego człowieka koło 22 lat mającego, u którego z powodu właściwego obrzmienia gruczołów limf. zastósowano przeciw wiądowi sublimat przez żołądek i w krótkim bardzo czasie doczekano się polepszenia tak znakomitego, że chory przedtém ciągle leżeć w łóżku zmuszony o własnych siłach prawie zupełnie jakoby zdrów szpital opuścił. We wszystkich innych przypadkach nie widziałem po jodzie i rtęci żadnego widocznego i niewątpliwego skutku a przecież każdy, kto miał do czynienia z kiłą najbliższego rdzeniowi pacierzowemu organu t. j. mózgu, mógł się przekonać, iż środki te, szczególniéj zaś rtęć przeciw kile tego narzędzia w przeważnéj liczbie przypadków osobliwie niezaniedbanych mniéj lub więcéj skutkują; uderzającą byłaby przeto ich nieskuteczność przeciw wiądowi, jeżeli ten rzeczywiście jest objawem zmiany pierwotnéj, kiłowéj.

Jod i rtęć są lekami w ogólności przeciw bardzo wielu chorobom niewątpliwie skutecznemi; pomyślne ich działanie osobliwie, jeżeli ich się używa w dawkach większych, nie przemawia koniecznie za naturą kiłową, ale praktycznie rzecz biorąc w cierpieniach chronicznych zawsze daje dużo do myślenia. Nie można więc zaprzeczyć, że Fournier ze stanowiska praktycznego ma do pewnego stopnia słuszność odnosząc przypadki wiądu, w których jodek potasu pomyślnie działał, do kiły.

Skuteczność jodu i rtęci przeciw objawom wiądu nie dowodzi na pewne ich natury kiłowéj dla tego, ponieważ rozpoznanie wiądu zazwyczaj nie jest bezpośrednie, lecz tylko pośrednie. To jest: najczęściéj rozpoznajemy wiąd ze zboczeń czynnościowych, ale nie chwytamy, że tak powiem, wprost zmiany anatomicznéj. Zboczenia czynnościowe we wiądzie dowodzą nieprawidłowego działania sznurów tylnych, a ponieważ z anatomii patologicznéj wiemy, że takim a takim zboczeniom czynnościowym odpowiadają najczęściéj takie a takie zmiany anatomiczne, więc dostawszy chorego wnosimy nadwrót ze zboczeń czynnościowych o zmianie anatomicznéj, tj. właściwém stwardnieniu sznurów tylnych itd. w rdzeniu pacierzowym. Zdaniem mojém rozpoznanie za życia właściwéj sprawy anatomicznéj możebném jest z całą ścisłością tylko w razie zaniku szarego nerwu środkowego. Na szczęście chorych zanik ten nie liczy się do częstych objawów wiądu. Przypadki przeto wiądu u kiłowych pomyślnie i w krótkim czasie skutecznie leczone uważaćby może należało za zmiany kiłowe w sznurach tylnych rdzenia pacierzowego z objawami ataksyi, lecz bez właściwéj zmiany anatomicznéj cechującéj szare zwyrodnienie rdzenia.

Ostatecznie więc z tego wszystkiego wypadałoby, że najpodobniéj do prawdy zdaniem Julliarda kiła zostaje w bliskim stósunku do wiądu pacierzowego, że jednakowoż zmiana anatomiczna u ludzi, którzy mają kiłę a okazują objawy wiądu, nie jest zmianą kiłową, lecz tylko taką samą jaką napotyka się w innych zwyczajnych, kiłą nie poprzedzonych w przypadkach wiądu. Kiła byłaby zatém według tego przyczyną uspasabiającą do wiądu.

II. Anatomija patologiczna zmian kiłowych w nerwach obwodowych daje się krótko streścić. Naprzód nerwy mogą uledz zmianom prostym i zanikowi skutkiem ucisku przez zmianę kiłową, następnie zmiana kiłowa może przez proste sąsiedztwo udzielić się nerwowi, nakoniec zmiana kiłowa w postaci kilaka lub zapalenia swoistego może wystąpić samodzielnie w nerwie. Że takie zboczenia kiłowe trafiają się przedewszystkiém w nerwach mózgowych, rzecz oczywista, zważając na stósunki anatomiczne i patologiczne w mózgu. Jakoż w rzadkich tylko przypadkach widziano zmiany kiłowe w nerwach mózgowych poza czaszką a co do nerwów rdzeniopacierzowych, rzecz jeszcze wątpliwa, czy mogą uledz samodzielnie zmianom kiłowym.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowéj.

Napisał **Dr. Rydygier.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30.)

Badanie dnia 25 lutego: Chory z garbem Potta w części piersiowéj, źle odżywiony i słabowity, nie kaszle. Odnoga prawa górna w łokciu pod kątem 140—150° zagięta. Okolica stawu łokciowego mocno zgrubiała; obrzmienie sięga do połowy przedramienia, od ramienia zajmuje $^1/_3$ dolnéj części; skóra po nad obrzmieniem zaczerwieniona; w okolicy kłykciów wrzody wielkości 2—5 markówki o podstawie wypełnionéj wodnistą, gruźliczą ziarniną. Okolica opisana wyczuwa się elastycznie, tu i owdzie chełbotanie. Zgłębnik między ziarniną wchodzi do stawu i napotyka kość obnażoną. Ruchy ograniczone, bolesne; kości w stawie dają się w bok przesuwać. Ponieważ ani ojciec, ani syn nie chcieli zezwolić na amputacyję w ramieniu, przystąpiłem dnia 26 lutego do wypiłowania, które wykonałem podług sposobu Huetera. Brzegów skóry w miejscu, gdzie były wrzody, nie mogliśmy szwem złączyć, i dla tego przy pierwszéj zmianie oprawy ztamtąd wystawał koniec wypiłowanego kłykcia zewn. kości ramieniowéj; odprowadzenie, nowa oprawa. Brak dążności silnéj ku zagojeniu rany po wypiłowaniu, mimo że kości pokryły się ziarniną żywszą, różową, obrzmienie nie zmniejsza się znacznie. Podwyższenie ciepłoty nieznaczne. W początku 6go tygodnia na żądanie ojca z raną niezagojoną chory opuścił klinikę i późniéj niczego o nim się nie dowiedzieliśmy. Z téj przyczyny przypadku opisanego daléj nie uwzględnimy.

Wykonaliśmy więc 11 razy wypiłowanie stawu w gruźlicy stawowéj (ostatniego przypadku nie wliczamy); z tych 9 dotyczyło stawu kolanowego; 1 raz przy *caries sicca*, 2 razy po urazie. Z 14tu tych przypadków jeden zakończył się śmiercią po wypiłowaniu stawu kolanowego u dziecka w skutek ostrego zapalenia szpiku kostnego, które prawdopodobnie już przed operacyją istniało; przypadek ten dla nas będzie nauką, żeby nigdy zaraz po przyjęciu chorego nie operować; w jednym przypadku po wypiłowaniu stawu kolanowego musieliśmy odjąć odnogę w udzie. Miejscowych powikłań przyrannych, jako róży, błonicy i owrzodzeń nie spostrzegaliśmy w żadnym przypadku, tylko u jednego pacyjenta potworzyły się zatoki. Czas leczenia najkrótszy wynosił 30 do 38 dni, najdłuższy jeszcze nie ukończony.

Doliczając nasze 9 przypadków wypiłowania stawu kolanowego z 1 przypadkiem śmierci do 144 przypadków z rozprawy Sacka otrzymujemy 153 przypadków z 26 przypadkami śmierci, o 16,9% śmiertelności.

Przystępujemy do drugiéj części naszéj rozprawy:

Zestawiając nasze przypadki wypiłowań i przypominając sobie zarazem zdanie Koeniga z rozprawy jego na początku naszéj pracy wspomnianéj, mimowolnie zadawaliśmy sobie pytanie, ażali nie podejmowaliśmy wypiłowań stawu kolanowego, o których wyłącznie w dalszym toku téj pracy mówić będziemy, lekkomyślnie. Wprawdzie trzymaliśmy się przy wskazaniach do wypiłowania w każdym przypadku zasad przejętych od swego nauczyciela Hütera, aleć w tak szybko postępującéj nauce, jak nasza, czyż już inne zasady nie mogły były uzyskać znaczenia? Chcąc pod tym względem mieć pewność zestawiliśmy jeszcze raz nasze przypadki, żeby je lepiéj przejrzeć, a nadto wziąłem się do przejrzenia odpowiedniéj literatury. Jedno i drugie wpłynęło na mnie uspokajająco. Zdaniem mojém winniśmy porównać wyniki leczenia nieoperacyjnego z wynikami wypiłowań, jeżeli słusznie chcemy ocenić wartość ostatnich tak jako środka leczniczego miejscowego cierpienia, jako téż jako środka zapobiegającego gruźlicy ogólnéj. Niestety porównania takie jak na teraz nie możemy jeszcze oprzeć na większych liczbach, gdyż zaledwie mamy próbę statystyki leczenia konserwatywnego przez Billrotha zrobioną; a nawet gdybyśmy mieli i jeszcze większe liczby, porównanie takie nie miałoby wielkiéj wartości, gdyż materyjał do zestawienia liczb użyty jest zanadto nie równy. Ale zróbmy przynajmniéj próbę. Najprzód co się tyczy skuteczności obu metod, jako środków leczniczych przeciwko miejscowemu cierpieniu, to każdy przypadek pod tym względem wtenczas za ukończony uważać winniśmy, skoro miejscowe cierpienie usunięto, skoro na miejscu dawniejszéj choroby nie istnieją warunki do dalszego cierpienia chorego.

Określiwszy w ten sposób nasze zadanie mamy odpowiedzieć na dwa pytania: 1) Ilu wypiłowanych wyzdrowieje w powyżéj określoném znaczeniu, a ilu bez operacyi leczonych? 2) Jak długo trwa leczenie po wypiłowaniu, a jak długo przy leczeniu zachowawczém?

Odpowiedź na pierwsze pytanie co do wypiłowań mamy w statystyce powyżéj zestawionéj, boć wspomnione w niéj przypadki przynajmniéj dopóty były obserwowane, dopóki miejscowe cierpienie nie było wyleczone; czy późniéj może wystąpiła ogólna gruźlica lub nie, to nas dopiero późniéj będzie zajmować, kiedy mówić będziemy o skuteczności obu metod pod względem zapobiegawczym. Śmiertelność podług naszéj statystyki wynosiła 16,9% a więc 83,1% na gruźlicę stawową cierpiących przez wypiłowanie stawu zostało wyleczonych. Sack utrzymuje, że w jego przypadkach chorzy zupełnie zostali wyleczeni, my jesteśmy ostrożnymi i twierdzimy tylko, że miejscowo wyleczeni, ale tego nam téż nikt nie zaprzeczy.

Jakże się ma rzecz z wyleczeniem miejscowém po leczeniu zachowawczém? Szukając tu liczb nie znajdziemy żadnych, bo trudno bardzo oznaczyć czas, w którymby przy miejscowém leczeniu można powiedzieć, że chory miejscowo wyleczony. Widzimy przecież, że nieraz gruźlica stawowa po tak zwaném wyleczeniu zupełném i już przez kilka lat trwającém nagle na nowo się wraca, a przy wypiłowaniu stawu znajdujemy wtenczas stare miejscowe ognisko, z którego choroba na nowo powstała. Jak najdobitniéj widzimy to na przykładzie w naszym przypadku (Wester), podobne przypadki Koenig (*Die Tuberculose der Gelenke Dt. Zeitschr. f. Chir.* XI tom) opisał, a z pewnością i każdy inny chirurg obserwował. Volkmann (*Beiträge zur Chirurgie* pag. 164) uważa, że przed 20tym rokiem nigdy nie możemy być zupełnie pewni przed recydywą. Chcąc atoli oprzeć się na liczbach przyjmijmy statystyczne dane Billrotha (*Wiener Klinik* pag. 560 i 561), chociaż wypadnie to na niekorzyść wypiłowań, ale przynajmniéj nie zarzuci nam nikt błędu na korzyść wypiłowanych. Billroth zestawił 192 przypadków przewlekłego zapalenia stawów; nie wiem na pewno, ile z tych leczył wypiłowaniem, a ile bez operacyi, bo w rubryce „niewyleczeni" nie ma o tém wzmianki. Ponieważ w tym oddziale nadto znajdują się przypadki, które w czasie zestawienia jeszcze nawet miejscowo nie były rozstrzygnięte, więc cały ten oddział opuszczamy.

Zatrzymujemy tedy 103 przypadków przewlekłych zapaleń stawów nieoperowanych; z tych 14 zupełnie wyleczonych, tak że możemy przypuścić, iż miejscowo żadne ogniska nie pozostały, zkądby później zapalenie na nowo wywiązać się mogło; mamy więc 13,5% miejscowo wyleczonych po leczeniu zachowawczém, a po wypiłowaniu mieliśmy 83,1%, ogromna to różnica na korzyść wypiłowań. W powyższém obliczeniu nie uznaliśmy 51 przypadków z oddziału nie zupełnie wyleczonych, które pozostają po odtrąceniu 12 amputowanych i 4 wypiłowanych, za miejscowo wyleczonych, ponieważ sam Billroth powiada, że pozostawały jeszcze miejscowe zmiany. Nie chcąc atoli choćby pozornego i najmniejszego błędu popełnić na korzyść wypiłowań, wypuszczamy jeszcze i te 51 przypadków z naszego obliczenia. Natenczas mamy 52 przypadków, wprawdzie mała liczba, z których 14 wyzdrowiało, a 38 umarło, z pewnością więc miejscowo nie wyleczonych, a więc 26,9%; pozostaje więc zawsze jeszcze znaczna różnica na korzyść wypiłowań.

A teraz przejdźmy do drugiego pytania: jak długo trwa leczenie przy wypiłowaniu, a jak długo przy leczeniu zachowawczém? Podług zestawienia Sacka najdłuższe leczenie po wypiłowaniach trwało 13 miesięcy, a najkrótsze 1 miesiąc, w przecięciu 4—7 miesięcy dla dzieci, a 4—9 dla dorosłych. I w naszych przypadkach trwało najkrótsze leczenie 1 miesiąc, najdłuższe leczenie było w naszych przypadkach znacznie krótsze: wynosiło 4 miesiące 20 dni (Karabasz), podobnież i w przecięciu znacznie mniejsze liczby z naszych przypadków otrzymujemy.

Przy sposobności namieniamy, że twierdzenie Sacka, jakoby i teraz przy sposobie przeciwgnilnym czas leczenia po wypiłowaniach nie był krótszym niż dawniéj, jest zupełnie mylném, chociaż oparte na porównaniu jego liczb z liczbami Heyfeldera (przed-antiseptycznemi). Podobne omyłki nieraz się zdarzają, jeżeli tylko same liczby ze sobą porównamy, nie uwzględniając innych okoliczności. Każdy chirurg, który bez oprawy przeciwgnilnéj robił wypiłowania i teraz pod oprawą przeciwgnilną robi, z pewnością się zdziwił przy czytaniu twierdzenia Sacka, każdemu bez wątpienia jeszcze żywo w pamięci nudny i długotrwający przebieg pooperacyjny dawniejszych przedprzeciwgnilnych wypiłowań z licznemi zatokami itd. itd. Zkądże więc taki wynik z porównania liczb? Po prostu ztąd, że zbyt nierównych przypadków użyto do porównania. Sack zestawił wszystkie przypadki, i najgorsze gdzie nieraz miejscowe recydywy następowały i tym podobne, które czas leczenia ogromnie przedłużały. Wszystkie te przypadki był powinien Sack wykluczyć. Jak to, wszakże Heyfelder także nie opuścił trudniejszych przypadków? Heyfelder nie, ale śmierć je wykreśliła. Liczba 50% śmiertelności nie zawiera z pewnością najlżejszych przypadków, tylko pewne te przypadki, które teraz przy sposobie przeciwgnilnym wprawdzie uleczamy, ale które czasem cokolwiek dłuższego czasu do wyleczenia wymagają. Tylko w ten sposób dziwne zgadzanie się liczb tłumaczyć możemy, ale przecież nikt nie powinien na téj podstawie twierdzić, jakoby przez oprawę przeciwgnilną czas leczenia nie został skrócony.

Z tego przekonywamy się, jak trudno to zajmować się statystyką porównawczą, a jak łatwo przy samém uwzględnieniu liczb przyjść do zupełnie mylnych wniosków.

Wracając do naszego pytania co do czasu leczenia sądzę, że każdy chirurg przyzna nam, iż leczenie przy wypiłowaniu daleko jest krótszém, niż przy leczeniu zachowawczém. Twierdzenia tego naszego liczbami poprzeć nie możemy, bośmy już wskazali, że przy leczeniu zachowawczém choroba miesiące i lata się ciągnie, zanim się wyleczy zupełnie; wszakże większa część wypiłowanych bywa poprzednio zwykle bardzo długo leczoną zachowawczo. Bardzo pod tym względem pouczający przypadek widzieliśmy z kliniki Esmarcha, przed rokiem przy sposobności zwiedzając klinikę Hütera: Chorego leczono długie lata z przerwami w klinice Esmarcha zachowawczo, a nawet kilka razy go wyleczono, aż ostatecznie i zachowawcze leczenie i wyleczanie choremu się sprzykrzyły i przybył do Gryfii z prośbą, żeby mu staw wypiłowano, bo Esmarch pewnie tego uczynić nie chciał trzymając się swéj zasady, wypowiedzianéj na ostatnim Zjeździe chirurgów w Berlinie, a na początku naszéj rozprawy podanéj.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

G. Critchett i Bader: O nowych sposobach leczenia śluzotoku (*ophthalmia gonorrhoica).*

Sluzotok w każdym okresie jest dla lekarza źródłem obawy. Czy to przy użyciu miejscowych środków: lodu, pijawek, nasiekania, zżeradła, lub téż przy leczeniu ogólném (przetworami rtęci), spotykamy przypadki, gdzie wzrok ginie na jedném oku albo nawet na obydwu oczach nawet i w razie, gdy leczenie rozpoczęło się dość wcześnie. Cr. wspomniał o przypadku, z którego wyjmujemy co następuje:

A. C., lat 2½, licząca, przyniesiona do szpitala przedstawiała na lewém oku wszelkie cechy śluzotoku ostrego, a gdy równocześnie stwierdzono u niéj obrzękłość części płciowych i obfity żółty ropiasty wypływ ze sromu, rozpoznanie nie pozostawiało żadnéj wątpliwości. Powieki lewe żywo zaczerwienione w sinawe wpadające a z powodu nacieku tak silnie obrzękłe, że nawet podczas narkozy szczeliny powiekowéj nie można było otworzyć, by choćby dolny odcinek rogówki zobaczyć; gęsta żółta ropa z pod powiek obficie się sączy. W obec niemożebności zetknięcia spojówki z jakimkolwiekbądź lekiem, rokowanie co do uratowania dotkniętego oka, musiało naturalnie być jak najniepomyślniejszém; a gdy pod takiemi warunkami Critchettowi nigdy nie wydarzyło się widzieć innego, krom zupełnego zniszczenia gałki ocznéj, przeto postanowił spróbować sposobu nowego. Pod górną powiekę wsunął (po znieczuleniu dziecka chloroformem) rowkowaty zgłębnik, a przycisnąwszy go do górnego brzegu oczodołu przepołowił ją ostrym nożykiem prostopadle aż do brwi. W celu zupełnego odsłonięcia rogówki, odłączywszy obie połowy powieki od siebie, przytwierdził takowe subtelnemi szwami do skóry brwi. Rogówka nie była jeszcze wprawdzie owrzodzoną lecz zamgloną i jakby zagrzebaną w obrzękłéj naciekłéj spojówce. Bezpośrednim skutkiem tego postępowania było zmniejszenie się obrzęku i zaczerwienienia powiek i spojówki, a przedewszystkiém możność stosowania odpowiednich środków na spojówkę i gałkę oczną. Roztworem 6% azotanu srebrowego pędzelkowano tedy spojówkę 3 razy dziennie, zawsze po poprzedniém dokładném oczyszczeniu całego oka płynem ałunowym 2% zapomocą strzykawki, wreszcie przykryto oko płatkiem w kilkoro złożonym w tymże płynie umaczanym. Przypady stopniowo wolniały i ustępowały a po miesiącu

zmniejszono stopień zgęszczenia azotanu srebrowego, tudzież częstość pędzelkowań. Przy końcu 6tego tygodnia rogówka była zupełnie czystą, oko całkowicie wyzdrowiało; w 14 dni późniéj przy ponownem użyciu narkozy autor odłączył przyczepione do skóry brwi kąty chrząstki powiekowéj i złączył takowe napowrót szwami drobnemi. Zespojenie nastąpiło dokładne, bezkształt zaledwie widoczny, powieka funkcyjonuje jak przedtém. Naturalnie, że podczas całego leczenia drugie oko dla uchronienia go od zarażenia trzymano ściśle pod opatrunkiem.

Niejednemu ten sposób leczenia wydawać się może zanadto heroicznym; ma on atoli za sobą skutek pomyślny, który innym sposobem nie był do osiągnięcia. Autor zapowiada, że na przyszłość w podobnym przypadku tak samo sobie postąpi.

Zdaje się, że postępowanie to odpowiada wszystkim wskazaniom, usuwa bowiem natychmiast prężenie tudzież zadzierżgnienie, które rogówce grozi, nastręcza ropie wolny odpływ i umożebnia użycie należyte żrących i szczmiących leków; następowa zaś blizna na powiece zaiste nieznacznym tylko jest okupem za wyratowane oko. (*The Lancet* kwiecień).

C. Bader przytacza w *The Lancet* 5 przypadków śluzotoku, pomiędzy któremi 2 na obydwu gałkach ocznych, gdzie przy użyciu maści z waseliny, *Mercur. nitr. oxyd.* i daturynu za pomocą pędzelka z włosów wielbłąda zrobionego, który pod górną powieką co 3 godziny wsuwał, przedtém zawsze letnią wodą oko oczyściwszy, w przeciągu kilku tygodni szczęśliwie chorobę pokonał. Tę samą maść przykładał na powiekę. Postępowanie to nie sprawia wcale bólu. Waselina już przez się przeciwgnilnie działając w związku z rtęcią, która posiada własności przyrzut niszczące, ma być dzielnym środkiem do niszczenia jadu śluzotoku. We wszystkich 5 przypadkach szczelinę powiekową można było o tyle otworzyć, iż dolną 3cią część rogówki widziano. Jeżeli zaś szczeliny powiekowéj żadnym sposobem rozszerzyć nie można, by się dostać do spojówki, natenczas byłby może (zdaniem sprawozd.) wskazany rękoczyn wedle Critchetta. Maść, któréj Bader używał składa się z Waseliny 35,00, *Merc. nitr. oxyd:* 0·80 i Daturini 0·015. (*The Lancet* Maj).

Dr. Karcz.

Leczenie guzów hemoroidowych przez Pollocka.

W usuwaniu guzów hemoroidowych bez wątpienia największe doświadczenie mają Anglicy. Mr. Curling rozporządzający obecnie obfitym zasobem w szpitalu św. Marka, do którego przyjmuje się tylko cierpiących na choroby odbytnicy, usuwa guzy przez podwiązanie. Guz wyciąga hakiem, okrawa go u podstawy nożem i następnie podwięzuje całą szypułkę. Sposobowi temu oddaje pierwszeństwo przed przyżeganiem, ze względu na to, że bóle są mniejsze i krócéj trwają, że jest łatwiejszym w zastósowaniu i mniéj przerażającym dla chorego. Co się tyczy niebezpieczeństwa podaje on ze swéj długoletniéj praktyki tylko jeden przypadek śmierci. Mianowicie w r. 1868 podwiązał mężczyźnie 22-letniemu guzy wewnętrzne a następnie operował mu fistułę odbytnicy, Chory dostał ropnicy, licznych ropni i po pięciomiesięcznéj chorobie umarł. Mr. Curling jednak przyznaje, że po przyżeganiu wygojenie następuje nieco szybciéj aniżeli po podwiązaniu, gdyż tu najpierw odpaść musi część podwiązana, co zawsze wymaga czterech do pięciu dni, podczas gdy strupy powstałe z przyżegania wcześniéj się oddzielają. Przy obydwu sposobach operowania ból jest czasem nieznaczny, ale częstokroć jest silny i trwa dni kilka. Nadto przystępuje nieraz znaczny obrzęk, zatrzymanie moczu i kurcz zwieracza odbytnicy. Tężca nie można kłaść na karb téj operacyi, bo on występuje i po innych czasem małych operacyjach.

Mr. Pollock starał się o wynalezienie sposobu operowania, w którymby cierpienia były mniejsze i żeby uniknąć przypadków ze strony odbytnicy i pęcherza. Sądził, że to osiągnie przez zmiażdżenie podstawy guza. W tym celu używa od trzech lat kleszczy własnego pomysłu. Guz chwyta się w kleszcze po wyciągnięciu go poprzednio hakiem lub pincetą; następnie drążek ruchowo przytwierdzony do dolnego ramienia kleszczy wsuwa się w rowek, znajdujący się na końcu górnego ramienia kleszczy i teraz za pomocą obrotów szrubą posuwającéj się wzdłuż drążka silnie się zmiażdża podstawę guza ujętą w kleszcze. Co uczyniwszy wycina się nożyczkami guz sterczący do wnętrza kleszczy a w minutę późniéj odejmuje się kleszcze. Gdyby podstawa guza była duża i twarda, należy kleszcze dłużéj podtrzymać. Do operacyi Mr. Pollock układa uśpionego chorego na boku lewym, z prawém udem przyciągniętém do tułowia za pomocą pasa poprowadzonego pod kolano prawe i przez kark. Stroną dodatnią tego sposobu operowania jest mniejszy ból aniżeli przy innych sposobach. Jeden chory tylko żalił się na dotkliwe bóle trwające przez trzy godziny po operacyi, zresztą chorzy utrzymywali, że albo wcale nie doznawali bólów, albo téż one były nieznaczne i wkrótce ustępowały. Pollock operował raz tym sposobem chorego, któremu przed kilku laty podwiązano guzy i chory ten objawił największą wdzięczność z powodu, że wcale nie miał bólów. Krwawienia po odjęciu kleszczy najczęściéj wcale nie ma, albo bardzo małe, które się tamuje przez podwiązanie dwóch lub trzech punktów krwawiących. Krwotoku następowego nie było nigdy. Rana goi się szybko. (*The Lancet*, Nr. 13/7 1880 r.). *Dr. Bogdanik.*

Wiadomości pomniejsze.

(Pomysł oryginalny). Jak wiadomo znaczne zachodzą nieraz trudności przy wyjęciu obcych ciał z przewodu usznego. Dr. Mac-Leod mając niedawno przypadek, w którym sposobem zwykłym nieudało mu się wyjąć pestki czereśniowéj w przewodzie usznym uwięzgniętéj, użył następującego sposobu, z pomyślnym skutkiem: zrobił rodzaj procy (*sucker*), jakiéj chłopcy używają do ciskania kamyczków, tj. przytwierdzając kawałek skóry do mocnéj nitki. Po poprzedniém oczyszczeniu i osuszeniu powierzchni pestki użył przyrządu tego w sposób następujący: Wsunął on skórę cementem wilgotnym omaszczoną do przewodu i przycisnął takową za pomocą małego drucika do pestki; po upływie ½ godziny przyczepiła się skórka tak silnie do téj ostatniéj, że następnie ciągnąc za nitkę wyciągnął także i pestkę, używając przytém dość znacznéj siły. (*The Lancet* w lipcu).

Dr. Karcz.

(Otrucie nastojem pomornika górskiego (*Tra. arnicae montanae*). Już o drugim przypadku otrucia nastojem tym donoszą z Włoch: Mężczyzna na pozór zupełnie zdrów, wnet po wypiciu 70,00 — 90,00 tego płynu doznał piekącego bólu w żołądku, a pomimo iż mu zadawano dwuwęglanu sody, a następnie nieco nastoju aromatycznego, zmarł on w 36 godzin po zażyciu nastoju. Przypadek ten stał się zachętą do robienia do-

świadczeń i tak pozostałe po wyparowaniu kilkudziesięciu gramów nastoju pomornika resztki wtarte w skórę człowieka wnet wywołały grudkowaty wyrzut; większa ilość po wcieraniu wywołała pęcherze, jakby z pryszczydła. Podobne skórę drażniące własności okazywały resztki pozostałe w żołądku zmarłego po poprzedniém tychże wyparowaniu. (*The Lancet. w lipcu*).

Dr. Karcz.

ss) W Ameryce istnieje wielka liczba t. zw. lekarzy zajmujących się specyjalnie operowaniem guzów krwawnicowych (hemorojdów). W celu zbadania sposobów operowania oraz wypadków leczniczych otrzymanych przez tych „doktorów,“ zwrócił się Andrews do licznych lekarzy z prośbą o informacyję w tym względzie; w ten sposób otrzymał przeszło 3300 historyj chorób metodą tą operowanych.

Twórcą nowéj téj metody był lekarz Mitchel, który pierwszy starał się niszczyć guzy krwawnicowe za pomocą wstrzykiwań równych części oliwy i kwasu karbolowego. Tajemnica ta szerzyła się następnie drogą sprzedaży, tak że liczba „operatorów“wzrosła w krótkim czasie bardzo znacznie. Operowano tym sposobem około 100.000 chorych.

Pierwotna metoda operowania polegała na tém, że operator nasamprzód odsłaniał guzy krwawnicowe i okolicę rzyci nacierał maścią, aby zapobiedz drażnieniu przez ciecz spływającą. Następnie wstrzykiwał kilka kropel mięszaniny z równych części kwasu karbolowego i oliwy, poczém w większéj liczbie przypadków guzy krwawnicowe bladły i znikały bez bólów, ropienia i bez obrzmienia.

Sposób ten wkrótce zmieniono najrozmaiciéj. Zamiast oliwy używano gliceryny; jedni brali czysty kwas karbolowy stopiony przez ogrzanie, drudzy przemawiali za mięszaninami bardzo rozcieńczonemi, inni znów używali tylko dwóch lub trzech kropel a jeszcze inni pełnéj strzykawki. Dodawano również leki narkotyczne: morfin, chloral, chloroform. Miasto kwasu karbolowego stósowano także ergotyn, rozczyn półtorachlorku żelaza, tannin, kwas chromowy, tynkturę jodową itp., w który to sposób powstały przepisy złożone z 5, 6 i więcéj składników.

I trzeba przyznać, że w przeważnéj liczbie przypadków choroba metodą tą wyleczyć się daje, aczkolwiek zdarzają się niekiedy komplikacyje mniéj lub więcéj nieprzyjemne. Najczęściéj należy tu ropienie, co nawet zwolennicy wielkich dawek uważają za konieczne dla zupełnego wyleczenia. Postrzegano także, chociaż tylko wyjątkowo, niebezpieczne krwotoki, zatrucia kwasem karbolowym, ropnie wątroby, stryktury odbytnicy, trwałą niemoc płciową itp., znane są nawet przypadki śmierci; wszystkie te komplikacyje występują jednakże w tak rzadkich przypadkach, że metoda powyższa zasługuje na pierwszeństwo przed wszystkiemi innemi, zwłaszcza skoro się zważy, że wypadki te pomyślne otrzymywali dotychczas ludzie zupełnie nie wykształceni, nie posiadający prócz strzykawki i rozczynu karbolowego żadnéj innéj kwalifikacyi do swego zawodu.

Andrews jest przekonany, że jeżeli tylko pamiętać będziemy o należytéj ostrożności względem stężenia i ilości płynu do wstrzykiwania użytego, jeżeli wstrzykiwać będziemy w przestankach 4—5 dniowych w pojedyncze guzy z kolei, zalecimy choremu leżenie w łóżku i w ogóle postępować będziemy oględnie, będziemy zawsze mogli ominąć wszelkie nieprzyjemne następstwa a tém samém powitać w metodzie injekcyjnéj piękną zdobycz medycyny. (*Chicago med. journ. and. exam. 1879 May*).

ss) W przypadkach *lupi erythematosi* używał Dr. Anderson z dobrym skutkiem skrobi jodowéj Buchanana, podając takową po 1 — 4 łyżek z wodą 3 razy dziennie; pierwsza dawka zwykle wystarcza. Za warunek skuteczności podaje, by rzeczywiście istniał *lupus erythematosus*, nie zaś *vulgaris*, tudzież aby lek był świeżo sporządzony. Przyrządza go się zaś jak następuje: około 2 grm. jodu i 35 gm. skrobi *(amylum)* zarabia się za dodaniem trochy wody (nie wyskoku) na papkę jednostajnie ciemną, ogrzewa następnie w łagodném cieple i przechowywa we flaszce szczelnie zamkniętéj. (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 21).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 24go maja 1880 w sali wykładowéj kliniki lekarskiéj.

Przewodniczący: Kol. Warschauer. Obecnych członków 20.

Kolega prof. Korczyński przedstawił chorą z ubytkiem kilku żeber i odsłonięciem znacznéj powierzchni serca i objaśnił przypadek obszernym prawie dwugodzinnym wykładem, który da je się streścić w następujący sposób:

Katarzyna Serafin, z Pszczyny na Szląsku pruskim, lat czterdzieści kilka licząca, operowaną była w klinice chirurgicznéj wrocławskiéj przez prof. Fischera w czerwcu r. 1878 i według opisu Dr. Kolaczka (*Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie*, T. 24, str. 551), który ją przedstawiał na kongresie chirurgicznym w Berlinie w kwietniu z 1879 r. Pokazywała ona chrząstniak bardzo wielkich rozmiarów, z przodu po lewéj stronie klatki piersiowéj. Przy operacyi nie udało się odjąć nowotworu bez naruszenia żeber, gdyż przy odejmowaniu podstawy tumoru złamało się jedno żebro i otwartą została jama opłucnowa, Wycięto więc w obwodzie nowotworu część żebra 4go, 5, 6 i 7go, skutkiem czego nastał w klatce piersiowéj ubytek wielkości głowy dziecka. Przy silnym kaszlu zaczęło się płuco wypukłać na zewnątrz, wkrótce jednak zapadło się, pozostawiając wielką jamę, w któréj widzieć można było wielką część osłoniętego serca i kawałek przepony. Założono dren, zespojono ranę skórną i wypłukano jamę rozczynem kwasu salicylowego. Po operacyi odddziaływało płuco mierną dusznością i ropnym nieżytem oskrzelowym, któremu towarzyszył kilkudniowy stan gorączkowy, Gojenie się rany odbywało się szybko, tak że chora po 4ch tygodniach udała się do domu zdolna nawet do wykonywania lżejszych zajęć domowych, W maju 1879 r. odnowił się nowotwór; usunięto więc takowy przez wycięcie kawałka 10go żebra.

Przypadek ten, który miał opisać szczegółowo Dr. Szuman (z opisem tym wykładający dotychczas nigdzie spotkać się nie mógł), przedstawiony został na zjeździe chirurgów dla wykazania, że po resekcyi żeber nie jest rzeczą konieczną wyciąć kawałek obojczyka w celu zmniejszenia jamy opłucnowéj, jakto wykonał w jednym przypadku Schneider. Daleko więcéj zajmowano się tym przypadkiem pod względem fizyjologicznym i eksperymentalno-klinicznym, a mianowicie czynili nad takowym spostrzeżenia p. Grützner (*Breslauer ärztliche Zeitschrift*, 1879 Nr. 21), Filehne i Penzoldt (*Centralblatt für medizinische Wissenschaften* 1879 Nr, 27), Penzoldt (*Deut. Archiv für klinische Medizin*, T. 24, str. 530) a nadto badać miano takowy w zakładzie klinicznym monachijskim.

Sprzecznie z dotychczasowém zapatrywaniem fizyjologów i klinikow nad uderzeniem końcowém serca twierdzą Filehne i Penzoldt na podstawie doświadczeń wykonywanych na zwierzętach (w ten sposób, że odsłaniano serce przez wycięcie żeber bez naruszenia opłucnéj i osierdzia a dla zwolnienia ruchów serca drażniono nerw błędny), że podczas skurczu serca koniec serca podnosi się ku górze i zwraca na stronę prawą i ku przodowi, i że taki sam mechanizm ruchów serca zauważyć można u Katarzyny Serafin.

Grützner badając K. Serafin zwracał więcéj uwagę na zachowanie się kardiogramów; co do ruchów serca twierdzi je-

dnak, że podczas skurczu koniec serca obniża się ku dołowi, i zwraca na stronę lewą.

Badania Filehnego i Penzoldta napotkały na ostrą krytykę ze strony Löscha (*Centralblatt für medizinische Wissenschaften* 1879 Nr. 41) i wywołały polemikę, której przebieg wykładający szczegółowo przedstawił. Główny zarzut, jaki czyni Lösch ze względu na doświadczenia wykonywane na zwierzętach, odnosi się do drażnienia nerwu błędnego, które zmienia nietylko częstość ale i mechanizm ruchów serca; twierdzi on, że przy drażnieniu nerwu błędnego koniec serca istotnie podnosi się ku górze i zwraca się na stronę prawą i ku przodowi, że jednak bez drażnienia nerwu błędnego koniec serca przy początku skurczu obniża się najpierw nieco ku dołowi, i zwraca na stronę lewą a w dalszym ciągu skurczu podnosi się ku górze i zwraca ku przodowi i na stronę prawą. Co do spostrzeżeń na Katarzynie Serafin, nie przypisuje takowym znaczenia rozstrzygającego, a to z powodu zmienionych przez operacyję warunków.

Na odwrót główny zarzut, z jakim występują Filehne i Penzoldt przeciw Löschowi, odnosi się do otwierania u zwierząt worka opłucnowego, które sprowadzać ma dla ruchów serca odmienne warunki.

Po tém wyjaśnieniu wykładający przedstawił Katarzynę Serafin i uwydatnił następujące szczegóły: Kobieta 150 cm. wysoka, miernie zbudowana, obiedwie kości łokciowe miernie wygięte, nieco w wyższym stopniu po lewéj niż po prawéj; innych objawów krzywicy nie ma. Staw nadgarstkowy prawy prawdopodobnie po zwichnięciu w całości ku stronie łokciowéj podany. Skóra brudno blada, podściółka tłuszczowa wiotka, bardzo skąpa, a mięśnie wiotkie. Siła ręki prawéj 25 a lewéj 20 klgm. Szyja miernéj długości i grubości, mięśnie mostko-obojczyko-sutkowe dosyć wykształcone.

Bark prawy nieco wyżéj ustawiony od lewego. Obojczyk prawy więcéj występuje, skutkiem czego dołek nad i podobojczykowy są głębsze. Część szczytowa obojczyka prawego jest wyżéj ułożona i nieco ku przodowi podana. Klatka piersiowa długa, płaska i miernie szeroka. Prawa strona w górnéj części więcéj się podnosi, w dolnéj zaś więcéj się rozszerza. Lewa strona wykonywa te same ruchy w znacznie mniejszym stopniu. Przy wdechu podnosi się bark i obojczyk prawy, a ruchom tym towarzyszy podnoszenie się jego części dolnéj ku górze i na stronę prawą, jak nie mniéj podnoszenie się ku górze części mostkowéj obojczyka lewego. Długość mostka 18 cm., długość klatki piersiowéj w linii sutkowéj prawéj 28 cm., obwód klatki piersiowéj w wysokości 4go żebra 72 cm., rozszerzalność 2 cm. Strona lewa ma mniejszą objętość niż prawa; stwierdzić to można oglądaniem i mierzeniem: obwód strony prawéj na wysokość 4go żebra 37, rozszerzalność zaledwie $^1/_2$ cm.; obwód strony lewéj 35, a rozszerzalność zaledwie $^1/_2$ cm. W wysokości pachy przy zwieszonych ramionach obwód po stronie prawéj 39 cm., rozszerzalność $1^1/_2$ cm., zaś po stronie lewéj obwód 35 cm., a rozszerzalność żadna. Z tyłu klatki piersiowéj widać, że lewa strona ma mniejszą objętość i ruchomość aniżeli prawa, daléj, że lewa łopatka jest o 2 cm. obniżoną, brzeg wewnętrzny więcéj odstaje a stos pacierzowy w części grzbietowéj jest ku stronie lewéj lekko skrzywiony.

W okolicy sutkowéj lewéj widać dużą jamę powstałą przez wycięcie 4, 5, 6 i 7go a w części i 3go żebra i zapadnięcie się płuca lewego w głąb klatki piersiowéj. Ubytek w klatce piersiowéj wynosi w wymiarze poprzecznym 12 cm., w wymiarze ukośnym od góry i wewnątrz ku dołowi i wewnątrz 12 cm. Przy ramieniu lekko ku górze wzniesioném ubytek ma kształt nieregularnie owalny, i jest w górnéj części szerszy aniżeli w dolnéj. Brzeg wewnętrzny jest nieregularny skutkiem wystawania resztek chrząstek żebrowych, brzeg dolny utworzony przez 7me żebro okazuje w połowie wręb powstały przez utratę kawałka żebra, a obydwa końce żebra łączą się ze sobą kątowato. Brzeg zewnętrzny gładki i równy tworzą końce resekowanych żeber, okryte skórą łatwo przesuwalną. Brzeg górny utworzony jest przez dolny brzeg mięśnia piersiowego, pokrywający częściowo wypiłowane 3ie żebro. Głębokość jamy w środku ubytku wynosi 7 cm. Na tylnéj części widać płuco pokryte skórą, w wewnętrznéj części znaczną część serca odsłoniętego i skórą pokrytego, zaś w dolnéj części kawałek przepony. Jama zagłębia się pod drugie i trzecie żebro stożkowato a na szczycie tego stożka znajduje się otwór, w któréj można wprowadzić koniec małego palca i z którego wydziela się mierna ilość cieczy wodnistéj, ropiastéj. W dolnéj wewnętrznéj części jamy widać brodawkę sutkową w głąb wciągniętą a na wewnątrz od takowéj pionową, długą, nieregularną bliznę, która rozdziela jamę na 2 nierówne części, z których zewnętrzna jest o wiele większa, wewnętrzna zaś zajęta przez serce. Blizna ta występuje z jamy na klatkę piersiową tak na górnym jak i dolnym brzegu otworu i jest w tém miejscu z częściami głębszemi ściśle spojoną. Podczas wdechu zwykłego dolna część jamy zapada się prawie o 2 cm., zaś podczas głębokiego wdechu o 4 cm., podczas wydechu podnosi się ku górze, a podczas wydechu silnego wyrównywa się prawie do poziomu dolnego brzegu ubytku. Tylna część jamy podczas wdechu zapada się i zwiększa się głównie w podłuż a w mniejszym stopniu na poprzek. Przy kaszlu jama wypełnia się prawie zupełnie tak od tylu jakotéż od dołu i od wewnątrz.

Opukiwanie klatki piersiowéj wykazuje mierne obniżenie granic odgłosu wypukowego jawnego, po prawéj stronie klatki piersiowéj tak z przodu jakotéż i z tyłu; brzeg dolny i szczyt zupełnie ruchomy. Po stronie lewéj szczyt o $1^1/_2$ cm. obniżony bardzo mało ruchomy; w linii pachowéj odgłos jawny płuca sięga do dolnego brzegu 8go żebra a granica odgłosu w tym miejscu jest mało ruchoma. W tylnéj części granica dolna przeszło 2 cm. wyżéj ustawiona aniżeli po stronie prawéj i nieruchoma. Drżenie klatki piersiowéj po całéj stronie lewéj znacznie słabsze, niż po prawéj. Odgłos wypukowy po stronie lewéj w ogóle niższy i mniéj jawny, z tyłu w szczycie bębenkowy a z przodu poniżéj obojczyka stłumiony. Szmery oddechowe i przewodnictwo głosu po całéj stronie lewéj znacznie osłabione.

Tętno zazwyczaj 56—64 na minutę tylko po dłuższéj męczącéj przechadzce podnosi się do 84 i wtedy staje się niekiedy przepuszczające. Ciepłota prawidłowa. Stan ogólny zupełnie dobry.

W pozycyi stojącéj stłumienie odgłosu na mostku przebiega w linii ukośnéj ku dołowi i na stronę prawą zwróconéj a mianowicie stłumienie bezwzględne sięga w wysokości 5go żebra na dwa i pół na wysokość 4go na dwa w wysokości trzeciego na jeden cm. po za lewy brzeg mostka: zaś stłumienie, względne na $4^1/_2$, $3^1/_2$ i 3 cm. od lewego brzegu mostka; podczas gdy w położeniu poziomém stłumienie sięga do linii środkowéj.

Oglądanie serca wykazuje przedewszystkiém, że takowe wraz z przeponą jest obniżone, że wraz z śródpiersiem jest zanadto na wewnątrz podane, że koniec serca jest więcéj zwrócony ku tyłowi, i że serce w całości stoi więcéj pionowo. W podłuż serca przebiega widocznie wężykowato poskręcane naczynie, tętniejące równocześnie prawie z tętnem sprychowém; naczynie to nie może być niczém innem, jak tylko tętnicą wieńcową, która jak wiadomo odznacza granicę komórek sercowych.

Ponieważ granica ta jest zanadto zwrócona ku tyłowi, przeto z koniecznością przypuścić należy, że obok powyższych zmian w fizyjologiczném położeniu serca, jest ono zanadto okręcone około osi pionowéj od strony prawéj ku lewéj, tak że odsłonięta jest znacznie większa część komórki prawéj a widoczna tylko mała część komórki lewéj.

(Dokończenie nastąpi).

V. Sprawy szpitalne w Sejmie.

II.

Za wydelegowaniem jakiegoś lekarza do Kulparkowa na ekspozyturę przemawia znowu wiele powodów i tak: istnienie nadliczbowego prymaryjatu we Lwowie, a przedewszystkiém ta okoliczność, iż chcianoby utrzymać Kulparków w tym składzie, jaki istnieje po przyjętéj dymisyi dyrektora. Utrzymanie tego składu leży w interesie wielu, i to nietylko tych, którzy zarząd lekarski i administracyjny tworzą, ale więcéj może w interesie tych, którzy rozmaitemi kreaturami protegowanemi Kulparków obdarzyli, bez wzglę-

du na to, czy protegowani mogą bronić interesu kraju. Pozostawienie Kulparkowa w dzisiejszym składzie byłoby rzeczywiście „nadużyciem", i sprawa Kulparkowska zdaje się tak rozdrażniła skrzętnie badającego posła z Krakowa, że zamiast upatrywać w niéj jedynie nieodpowiednią gospodarkę, chciał upatrywać ją w zarządzie i gospodarstwie szefa departamentu sanitarnego. Kto zna robaka, toczącego Kulparków, ten może chwilowo usprawiedliwić postępowanie posła krakowskiego, który byłby się krajowi bardzo przysłużył, gdyby był Kulparków przedstawił Izbie takim, jakim on jest w istocie. Ale dokładnie znać sprawę, która ma wiele tajników, to rzecz niełatwa i może Dr. Zyblikiewicz niewtajemniczony nie mógł dokładnie w krótkim czasie ją poznać, a widząc złe i wiedząc, że w normalnych warunkach za złe odpowiadać powinna głowa instytucyi, upatrywał ją w kierowniku zakładu, ewentualnie w szefie departamentu, który na każdym kroku starał się bronić dyrektora dymisyjowanego.

Tymczasem z wyjątkiem zawiłéj sprawy Kulparkowa gospodarka departamentu nie tylko była uczciwą, co w naszych stosunkach jest cnotą, ale była ze wszech miar dobrą i odpowiednią. Jeśli taką nie była gospodarka Kulparkowa, to wina nie spada wyłącznie na dyrektora, ale w wielkiéj części na zarząd administracyjny i w małéj części na lekarski. Znał braki i słabe strony sprawy Kulparkowskiéj sprawozdawca komisyi lustracyjnéj, a pamiętając zarzuty, czynione poprzednio i czując za sobą obronę Dra Zyblikiewicza, postanowił wystąpić z wnioskiem, który mógłby wywołać zmianę szefa, jeśliby się udało udowodnić nienależytą gospodarkę. Do tego nastręczał znowu Kulparków najwięcéj sposobności i dla tego sprawozdawca komisyi lustracyjnéj najwięcéj czerpal dowodów w sprawie kulparkowskiéj i w niéj szukał usprawiedliwienia dla wniosku ostatecznego, który brzmiał: „Sejm wyraża życzenie, aby w kierunku tak ważnéj gałęzi gospodarstwa krajowego, jak zarząd szpitali, widoczniéj czuć się dawała ręka czynna administratora, któryby czuwał, aby wydawane przez niego pogo polecenia jak najściśléj wykonywane były". Przyjęcie tego wniosku równało się zmianie szefe bióra ze wszelkiemi następstwami, i byłoby potwierdzeniem, że gospodarka biura sanitarnego byla nieodpowiednią. Izby nie przekonały jednak wywody sprawozdawcy, bo uznawała ona najzupełniéj zasługi Dra Hoszarda, położone na polu administracyi, a między posłami, broniącymi wydatków sanitarnych, znaleźli się tacy, którzy bardzo dzielnie bronili szefa departamentu, który w obronie własnéj dobitnie wykazał cel wniosku.

Załować jednak należy, że przez przyjęcie wniosku p. Chrzanowskiego musiała Izba nie przyjąć również do wiadomości słusznych utyskiwań i skarg na zakład kulparkowski, o których sprawozdawca wspominał. Jeżeli z jakiego względu zasłużył sprawozdawca na obronę, to właśnie z tego powodu, iż w swojém przemówieniu zaznaczył niewlaściwości, jakie w zakładzie istniały i istnieją, a te nieporządki wyjawić i poddać krytyce Izby dla ich usunięcia, było obowiązkiem komisyi lustracyjnéj. Ku wielkiéj uciesze tych, którzy są twórcami złego w Kulparkowie, zepchnięto sprawę z porządku dziennego, a przez to nie można spodziewać się koniecznéj reformy w zakładzie, chyba aż w chwili zwołania powtórnego Izby, lub stanowczego obsadzenia dyrektoryjatu. Usunięcie téj sprawy z porządku dziennego uwalnia nas na razie od szczegółowego wykazania, gdzie spoczywa źródło złego, a z drugiéj strony zyskując na czasie, będziemy się starali dostarczyć bardzo szczegółowych dowodów, że w Kulparkowie nie tak się dzieje, jak dziać się powinno. Odkrycie nieładu uważamy za obowiązek, aby jednak udowodnić czytelnikowi, że nieład istnieje, przypomnimy choćby tę okoliczność, iż w przeciągu lat pięciu nastąpiła po trzy kroć zmiana rządcy. Pierwszego pociągnięto nawet przed kratki sądowe, ale niczego mu nie udowodniono; drugiego powołano napowrót do Wydziału krajowego, w którym tenże piastował znaczniejszy urząd, a odwolano go dla tego, że pożądanego spokoju nie wprowadził. Wreszcie przysłano trzeciego. Zdawało się, że tym razem Wydział przeświadczony, że obsada nieodpowiednia jest zlą w następstwach, powierzy rządy sprężystéj a wypróbowanéj dloni. Tymczasem dowiedziano się, że rządcą został dyetaryusz Wydziału krajowego, który wprawdzie na zajmowanéj posadzie w Wydziale nie mógł odznaczyć się odpowiedniemi administracyjnemi zdolnościami, ale z tego bynajmniéj nie wynikało, aby nie mógł być dobrym rządcą. W chwili nominacyi podawano wprawdzie z ust do ust, najpierw pod tajemnicą a wreszcie głośno, że kwalifikacyją było poparcie płci pięknéj, ale to zapewne wymysl zlych języków. Jeszcze ciekawszym jest stosunek urzędników, pracujących w Kulparkowie. Nie podobna zaprzeczyć, że uposażenie urzędników nie jest małe, ale właśnie dla tego wielu jest kandydatów na posady w zakładzie, a w braku opróżnionych posad stara się każdy stworzyć sobie miejsce, pracując usilnie nad wysadzeniem swego bezpośredniego przełożonego. O têm wie dobrze Wydział krajowy a archiwum zachowuje dowody tego w postaci niezliczonych skarg i rekryminacyj, w których się mieszczą tajemnice Kulparkowa. Podziwiać musimy względność Wydziału, który opierając się na owych piśmiennych dowodach, mógłby najłatwiéj zaprowadzić ład przez wprowadzenie do zakładu nie tylko uzdolnionych, ale wypróbowanéj uczciwości urzędników. A czy tych nie znajdziemy? Z pewnością znajdą się, jeżeli się ich szukać potrafi. Ponieważ jednak o Kulparkowie w przyszłości obszerniéj pomówimy, a wykazanie braków po zamknięciu Sejmu nie należy do nagłych spraw z wyjątkiem dla przyszłego dyrektora, przypomnimy jeszcze jedno polecenie, którêm Izba działalność swoję zaznaczyła. Oto polecono Wydziałowi krajowemu, aby zniósł obie filije zakładu kulparkowskiego, jakie przy szpitalach w Żółkwi i Przemyślu istniały. I jak wiadomo filije te mieściły obłąkanych nieuleczalnych, bez względu na to, czy chory jest niebezpieczny dla otoczenia, lub nie. Izba widocznie wychodząc z założenia, że obowiązkiem kraju jest czuwać tylko nad nieuleczalnymi chorymi, a z drugiéj strony, chcąc przecież coś zaoszczędzić, powierza nieszczęśliwych obłąkanych, a godnych największéj litości, gminom, o których przecież niewątpliwie jest przekonaną, że one opiekować się nie będą, bo zresztą opiekować się nie umieją. A czyż grosz tym sposobem zaoszczędzony wynagrodzi nieszczęścia, jakich przyczyną stać się muszą włęsający się samopas chorzy, czyż to polecenie nie narusza obowiązku, jaki Izba na siebie przyjmuje, mianowicie: czuwanie nad zdrowymi? Dziwić się należy, że rząd, który wyraźnie zastrzegł sobie zaopatrzenie wszystkich chorych na umyśle, nie stawiał trudności Izbie, i że nikt w Izbie nie znalazł się, któryby przedstawił w prawdziwém świetle następstwa zgubnego polecenia. Jeszcze gdyby ci nieszczęśliwi chorzy należeli do klas zamożniejszych, to niewątpliwie każdy z czlonków rodziny, do któréj obłąkany należy, starałby się nie tylko innym oszczędzić przykrego widoku obłą-

kanego, ale nadto pamiętałby o potrzebach cielesnych chorego. Jak jednak wiadomo, największa część tych nieszczęśliwych chorych należy właśnie do najuboższéj klasy, która sama cierpieniami swemi litość wzbudza, i tych to najuboższych i nieszczęśliwych uszczęśliwiamy, wracając im chorych na umyśle członków rodziny. Istniejące filije, co najwięcéj po 60 do 70 chorych mieszczące, nie mogły rzeczywiście wraz z zakładem kulparkowskim pomieścić wszystkich chorych, dla których opieka jest niezbędną, a bardzo wiele chorych, bo przeszło dwa tysiące, było zostawionych na łasce i niełasce losu; cóż więc szkodzi, gdy liczbę chorych obłąkanych a rzuconych na pastwę losu o sto lub dwieście powiększymy? Zakładamy stowarzyszenia opieki nad zwierzętami i szczycimy się postępem pod względem humanitarnym, a z drugiéj strony wyrzekamy się opieki nad obłąkanymi, chcąc chyba dać świadectwo, że człowiek obłąkany mniéj na litość zasługuje, niż zwierzę. Gdyby wiara, że obłąkany jest opętanym przez czarta, była możliwą, gdyby tę wiarę podzielała Izba, polecenie jéj byłoby usprawiedliwione; dzisiaj jednak można polecenie Izby usprawiedliwić chyba „dobrze zrozumianą oszczędnością.“ A niestety, jak nam wiadomo, Wydział ma zamiar spełnić co do joty polecenie Sejmu, a przyszłemu dyrektorowi Kulparkowa przypadnie w udziale rozpędzać chorych tak z zakładów filijalnych, jakotéż z zakładu Kulparkowskiego, do którego wrócą tylko ci chorzy z obu szpitalów prowincyjonalnych, którzy dla społeczeństwa byliby bardzo niebezpieczni. Prawdę mówiąc, radzibyśmy byli, aby Wydział był nielitościwym w spełnieniu polecenia, bo w takim razie najłatwiéj cofnie Izba uchwalę, gdy się przekona o niezwyczajnie zgubnych następstwach tego polecenia, na które z pewnością długo czekać nie będziemy.

Jakkolwiek obsadzenie dyrektoryjatu nie należy właściwie do spraw sejmowych, powiemy jeszcze słów kilka o kandydatach na dyrektoryjat, których nadspodziewanie wielu się znalazło. Nic więc dziwnego, że Wydział odstąpił od ekspozytury, a zamierza stanowczo zamianować dyrektora na Kulparkowie. Nie będę mówił o kandydacie przeszło 70 letnim, który około czterdzieści lat pełni obowiązki lekarza powiatowego i to uważa za kwalifikacyję; nic nie umiem powiedzieć o drugim kandydacie, lekarzu z Poznania. Natomiast powiem słów kilka o kandydatach, których czytelnicy Przeglądu dobrze znają. Jeszcze przed ogłoszeniem konkursu, gdy zamierzano wystąpić przeciwko dr. Mareschowi, upatrzono następcę w Drze Opolskim, który jak wiadomo, przez wiele lat był prymaryjuszem oddziału obłąkanych we Lwowie, i który zawiadywał oddziałem kobiet w Kulparkowie aż do chwili zamianowania dyrektora dymisyjonowanego. W Izbie posłów, w Wydziale krajowym, u lekarzy i u publiczności, interesującéj się zakładem, znalazła ta kandydatura ogólny poklask. I nikt nie wątpił przed ogłoszeniem konkursu, że Dr. Opolski posadę otrzyma; tymczasem po ogłoszeniu konkursu wielu wątpiących się znalazło, ale nie dla tego, aby opinija w mgnieniu oka się zmieniła, ale dla tego, że uważano warunki ogłoszonego konkursu za niedostateczne. Gdy wieść, iż Dr. Opolski wcale ubiegać się nie zamierza, stała się głośną i doszła do członków Wydziału, wówczas kilkakrotnie wzywano Dr. Opolskiego do Wydziału, aby go skłonić do objęcia posady. W tymże już czasie, ulegając presyi pewnegż grona, postanowił Dr. Opolski wystąpić z kandydaturą, ale nie w celu objęcia posady dyrektora, lecz dla uwidocznienia, że ubiegałby się o tę posadę, gdyby warunki konkursu były do przyjęcia i gdyby one umożliwiały jemu, jako dyrektorowi, rzetelne wypełnianie obowiązków. Z góry wiedziano, że warunków, jakie Dr. Opolski postawił, Wydział pomimo najszczerszych chęci, nie przyjmie, a szczególnie Wydział obecny, na którym Izba wymusiła niewolnicze, że tak powiemy, zastósowanie się do jéj poleceń, Wydział, który przyrzekł Izbie nie przekroczyć budżetu. W ten sposób usunął Dr. Opolski sam swoję kandydaturę, a podanie, jak nas zapewniano, wniósł dla tego, aby uwolnić się od zarzutu, jaki mu niejednokrotnie robiono, że on jest w części przyczyną wszystkiego, co w Kulparkowie się działo, bo gdyby w jego rękach dyrekcyja spoczywała, zakład używałby innéj reputacyi. Drugim kandydatem ubiegającym się warunkowo tylko o posadę dyrektora jest Dr. Neusser, prymaryjusz zakładu obłąkanych w Krakowie. Warunkowo ubiega się Dr. Neusser, żądając, aby jemu posada była nadaną na rok, po którym to czasie pragnie wrócić na posadę swoją w Krakowie, jeżli będzie uważał posadę w Kulparkowie za rzecz uciążliwą. I słusznie zrobił Dr. Neusser, że postawił taki warunek, który mu odwrót umożliwia, a warunek ten dowodzi, że Dr. N. przeczuwa wielkie trudności, które dokładniéj pozna, gdy obejmie posadę. Szczerze cieszylibyśmy się, gdyby Dra N. wyszedł zwycięzko z téj próby i gdyby zakład stanął na téj wyżynie, na jakiéj każdy z lekarzy zakład ten widzieć pragnie, a tém bardziéj bylibyśmy zadowoleni, gdyby Dra. N. zadowoliło uposażenie dyrektora, które zdaniem naszém jest zanadto małe, a z pewnością nie większe od uposażenia prymaryjusza. Jak wiadomo, płaca prymaryjusza wynosi 1.500 złr. z pomieszkaniem, opałem, światłem i wiktem, a wydatek na wikt, który dyrektor ponosić będzie musiał, o wiele przewyższy różnicę uposażenia, jaka istnieje między płacą dyrektora a prymaryjusza. Nie wątpimy, że Dr. N. wkrótce zgodzi się z naszém twierdzeniem, iż uposażenie nie jest dostateczne. Trzecim kandydatem jest Dr. **Dobiński**, prymaryjusz zakładu kulparkowskiego, który podaniem tém dał dowód, iż czuje się na siłach podołania tym obowiązkom.

Rozpoczynając list niniejszy, nie sądziliśmy, aby sprawę obsadzenia dyrektoryjatu tak szybko rozstrzygnięto. Jak wiadomo, dostała się posada Dr. Neusserowi a pospiech z jakiém rzecz załatwiono, dowodzi, że Wydział krajowy chciałby zakład kulparkowski przekształcić. Wierzymy, że nowo zamianowanemu dyrektorowi na chęciach nie zabraknie, jesteśmy przekonani, że Wydział poda dyrekcyi pomocną rękę, ale mimo to jesteśmy przekonani, że Kulparków pozostanie niemal tym samym, jakim jest obecnie, bo wprowadzenie koniecznych reform z innych powodów nie jest możliwém; bodajbyśmy jednak byli fałszywymi prorokami. O powodach tych powiemy przy najbliższéj sposobności.

Lwów, dnia 28 lipca 1880 r. X.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie Komisyi edukacyjnéj o wniosku posła Dra Majera w przedmiocie stosunku Uniwersytetu, a mianowicie jego klinik do szpitala św. Łazarza w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr 30).

Ministerstwo przyrzekło wystawić 2 pawilony dla klinik kosztem skarbu państwa, wynieść mogącym około 150.000 złr., zrobiło to jednak zależném od dwóch warunków: żeby Wydział krajowy odstąpił pod tę budowę bezpłatnie część gruntu szpitalnego i przyczynił się do niéj choćby skromnym zasiłkiem. Wy-

dział krajowy nie przychylił się do tego żądania, z uwagi, że własnością szpitalną rozrządzać mu nie wolno, i że obowiązkiem jest rządu czynić zadosyć potrzebom uniwersytetu. Nie tylko więc odmówił wszelkiego datku na koszta budowy, ale co większa, za odstąpienie kawałka gruntu, około jednego morga wynosić mogącego, żądał wynagrodzenia bądź ryczałtowo w ilości 5.600 złr., bądź też rocznego czynszu około 300 złr. w. a.

Komisyja uznaje zupełnie tak obowiązek Rządu względem uniwersytetu, jak i ogłędność Wydziału w rozporządzaniu funduszem szpitalnym, a może niepewność jego, czy rozrządzenie takie odpowiedziałoby zapatrywaniu się na tę sprawę Wysokiego Sejmu. Inna to jednak rzecz oględność wynikła ze względu na zakres służącego sobie prawa, a doradzanie w téj myśli normy postępowania Wysokiemu Sejmowi. W téj mierze Komisyja ze zdaniem Wydziału zgodzić się nie może.

Jakoż pomijając zupełnie stronę prawną, sprawa budowy pawilonów klinicznych ma jeszcze stronę inną, a mianowicie obowiązek moralny, nie dozwalający krajowi patrzeć obojętnie na los Uniwersytetu krakowskiego, a zwłaszcza jedynego jak na teraz Wydziału lekarskiego. Że Wysoki Sejm powodować się będzie takiém względem niego usposobieniem, o tém tém bardziéj wątpić się nie godzi, że wystawienie kosztem rządu oczekiwanych pawilonów wprowadzając do kraju około 150.000 złr. w. a., nie narażając funduszów krajowych na uszczerbek i owszem rokując dla nich niejakie korzyści, przyniosłoby jeszcze to zadowolenie, iż kraj nie stawiając temu trudności działał w dobrze zrozumianym własnym interesie. Na rozszerzeniu bowiem i lepszém umieszczeniu klinik zyskałaby nauka, zyskałoby wykształcenie lekarzy, których Uniwersytet przecież nie dla siebie lecz dla kraju usposabia. Tak też to inne kraje koronne, jak Czechy, Styryja i Tyrol, pojmują swój do Uniwersytetu stosunek, oddając znaczną ilość ubikacyj w szpitalach krajowych na cele nauki klinicznéj. Temu to zawdzięcza nawet tak mało uczęszczany Wydział lekarski, jakim jest insbrucki, że w porównaniu z klinikami krakowskiemi rozporządza daleko większą ilością łóżek.

Wydział krajowy również w gorących słowach wyraża życzliwość swoję dla Uniwersytetu. W szczerość téj życzliwości Komisyja wierzy najzupełniéj, bo jest ona naturalną i zaszczytną dla każdego rodaka, a najmniejsze o niéj wątpienie byłoby dla niego ubliżeniem i krzywdą. Nieszczęściem jednak życzliwość nie zastąpi czynu, do którego przecież dążyć nam należy.

Jak się namieniło, budowę pawilonów klinicznych Ministerstwo czyni zależną od bezpłatnego odstąpienia kawałka gruntu szpitalnego i pewnego, choćby skromnego zasiłku.

Co do zadosyćuczynienia warunkowi drugiemu, tego równie jak Wydział, nie doradza i Komisyja, z powodów jednak zupełnie odmiennych. Jeżeli bowiem Wydział krajowy czyni to z jednéj strony w uznaniu obowiązku rządu, z drugiéj dla oszczędzenia szpitalnego funduszu; to nie przecząc lecz owszem z całą siłą przekonania przemawiając za pierwszém, a nie nastając na drugie, Komisyja pozwala sobie zapytać, czy obok obowiązków względem Uniwersytetu Rząd nie ma ich także względem różnych innych potrzeb kraju? Czyż przy nadmiernie opłacanych podatkach nie byłoby jego obowiązkiem dbać w ogóle o szpitale i drogi krajowe? czyż nawet już z mocy ustawy nie do niego należy regulowanie rzek spławnych, zaprowadzanie i uposażanie szkół średnich mianowicie gimnazyjów? Dlaczegoż jednak znaglony potrzebą jeden z tych obowiązków kraj bierze na siebie, innym poddają się miasta? Łatwa na to odpowiedź, bo uznając potrzebę a tém samém szkodę dla siebie i dla kraju z niedostatku takich zakładów płynącą, chętnie czy nie chętnie ciężar ich utrzymania przyjmują na siebie w części lub w całości. Czyż więc tylko dla klinik krakowskich kraj miałby być tak dalece obojętnym, że w razie konieczności nie uznałby za właściwe ich sprawę choćby skromnym datkiem poprzeć? tego Komisyja przypuszczać nie może. Z innego też powodu a mianowicie, że przy rozbiorze dalszych punktów znajdzie się prawdopodobnie odpowiedni téj ofierze ekwiwalent, w tém miejscu jéj nie doradza.

Co do bezpłatnego odstąpienia części gruntu szpitalnego, Wydział krajowy sądzi, że uczynić tego nie można z tego powodu, że grunt ten zakupiony z funduszów szpitala jest częścią jego majątku, którym dowolnie, jak majątkiem pupilarnym, rozporządzać nie wolno tak jemu jak nawet krajowi. Bardzo to chwalebna skrupulatność, w tym razie jednak posunięta za daleko. Wszak z tych samych funduszów, przeznaczonych w większéj części na bezpłatne pielęgnowanie chorych, Wydział krajowy opędził nakład na budowy szpitalne, a jeśli stało się to pod warunkiem refundowania w razie danym z funduszów krajowych, to czemuż ze względów rozebranych powyżéj nie mogłoby to i w tym razie nastąpić? Jeśli wszelako idzie o dobro pupila, to w miejsce pozornéj straty byłaby tu rzeczywista korzyść. Strata byłaby pozorną, bo część gruntu, o któréj mowa, leży bez użytku, a na jéj zakupienie w takiém otoczeniu atmosferą szpitalną nie znajdzie się prywatnego amatora. Korzyść byłaby jawną; kliniki bowiem, mając obecnie tylko 93 łóżek, miałyby ich podług projektu po umieszczeniu w nowych pawilonach 160, przybyłoby więc pomieszczenia na 67 chorych, nie obcych przecież lecz krajowych, których inaczéj szpital krajowy przyjąć i pielęgnowaćby musiał. Gdy zaś w tym ostatnim, według sprawozdania Wydziału krajowego (str. 134), mimo wybudowania przezeń nowych pawilonów brak miejsca uczuwać się daje, przybytek więc 67 łóżek w pawilonach klinicznych, kosztem Rządu wzniesionych, uwolniłby fundusz szpitalny a względnie krajowy za małą ofiarę jednego morga gruntu, od wydatku znacznego, jakiego prędzéj lub późniéj, a może i wkrótce wymagałaby budowa nowego pawilonu szpitalnego. Skoro do tego dodamy, że fundusz szpitalny zyskaćby mógł jeszcze przez zawarcie z Rządem korzystnéj umowy co do wynagrodzenia z funduszu edukacyjnego za udział gospodarczy w pielęgnowaniu chorych klinicznych; to sądzi Komisyja, że z głębokiém przekonaniem zalecić może Wysokiemu Sejmowi do przyjęcia pierwszy ustęp wniosku odstąpionego jéj do sprawozdania.

Drugi w nim ustęp zmierza do tego, ażeby według układu w r. 1876, klinice dzieci, przeniesionéj ze szpitala św. Łazarza do nowo przez prywatne Towarzystwo wystawionego szpitala św. Ludwika, Wydział krajowy zabezpieczył dawniejsze umieszczenie, gdyby w przyszłości z jakichbądź powodów w tym ostatnim zostawać nie mogła.

Co do tego punktu Komisyja edukacyjna daje następujące krótkie objaśnienie:

Stósownie do odezwy Namiestnictwa z dnia 13 październikа 1873 roku L. 49345, za zgodą Wydziału krajowego, otwartą została klinika dzieci w szpitalu św. Łazarza i mieściła się tamże, dopóki w trzy lata późniéj, po wybudowaniu przez prywatne Towarzystwo szpitala dla dzieci, Wydział krajowy nie uznał za stósowne przenieść ją do niego. Ministerstwo oświecenia nie tylko nic nie miało przeciw temu przeniesieniu, ale nawet przyrzekło udzielać Towarzystwu roczną subwencyję za pomieszczenie kliniki, jako odpowiedniejsze celowi, z tém atoli zastrzeżeniem, że Wydział krajowy zobowiąże się zwrócić klinice pedyjatrycznéj taką samą ilość izb, jaką poprzednio zajmowała w szpitalu św. Łazarza, gdyby w przyszłości z jakichbądź powodów w tym prywatnym szpitalu mieścić się nie mogła.

W sprawozdaniu Wydziału krajowego Komisyja nie znajduje wzmianki, żeby w téj mierze stawiane być miały z jego strony jakiebądź trudności. Wynikałoby jednak z zażaleń nadesłanych wnioskodawcy przez stronę w tém interesowaną, że namienionego wyżéj zobowiązania Wydział krajowy przyjąć nie chce i dotąd nie przyjął, przez co też i układ między Towarzystwem a Rządem dotąd nie mógł przyjść do skutku.

Być może, iż żądane przez Ministerstwo oświadczenie jest nawet zbyteczne, trudno bowiem przypuścić, żeby Towarzystwo po otrzymaniu subwencyi rządowéj miało dać powód do wydalenia kliniki ze swego szpitala. Gdy jednak bądź co bądź jest ono prywatne, i jako takie uległe niepewnym kolejom, ten zatém jego charakter był prawdopodobnie powodem troskliwości Ministerstwa o dalsze losy kliniki dziecięcéj, a następnie chęci zapewnienia jéj napowrót w przypadku potrzeby pobytu tam, zkąd przeniesioną została.

Ponieważ, gdyby do tego przeniesienia szpital prywatny nie był nastręczył możności, klinika rzeczona jak przedtém tak nadal byłaby zostawała w szpitalu św. Łazarza; ponieważ umieszczenie jéj w tymże nie było przecież chwilowém, lecz stałém; nie widzi zatém Komisyja żadnego a przynajmniéj dotatecznego powodu, żeby żądane oświadczenie daném być nie miało i na téj zasadzie drugi ustęp wniosku Wysokiemu Sejmowi do przyjęcia zaleca. (Dok. nast.)

Statystyka epidemij. W tygodniu 28 ospa złagodniała w Londynie. Umarło 4, leczyło się w szpitalach 201, zapadło świeżo 17. W Wiedniu, Aleksandryi i Budapeszcie umarło po 7, w Paryżu 58, w Pradze 15 i Petersburgu 4. Z innych miast większych donoszą o pojedynczych przypadkach śmierci z ospy. Płonica szerzy się bardziéj w Londynie i Stokholmie. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 42, z duru osutkowego i powrotnego 37, względnie 13. Z nieżytów jelit wzmogła się śmiertelność we wszystkich większych miastach. W tygodniu 29tym umarło w Krakowie 4 z ospy, 5 z płonicy, 1 z dławca, a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 2 płonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego, 1 czerwonki, 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 28, tj. do dnia 20 lipca, umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 30,2; w Warszawie 27,8; w Poznaniu 30,1; w Wiedniu 26,9; w Budapeszcie 31,8; w Pradze 36,2; w Berlinie 46,5; w Wrocławiu 37,9; w Mnichowie 39,?; w Dreźnie 28,1; w Lipsku 17,9; w Bazylei 20,4; w Brukseli 20,2; w Amsterdamie 26,4; w Hadze 18,0; w Paryżu 24,1; w Londynie 18,9; w Kopenhadze 23,3; w Stokholmie 31,0; w Chrystyjanii 20,5; w Petersburgu 49,5; w Odesie 55,6; w Rzymie 27,0; w Bukareszcie 23,7; w Aleksandryi 48,8; w Bombayu 28,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 lipca. Dowiadujemy się właśnie, że Dr. Gustaw Neusser, docent Uniw. Jagiell. i prymaryjusz tutejszego zakładu dla obłąkanych, zamianowany został wczoraj dyrektorem zakładu w Kulparkowie. Przyznać musimy, że wybór jest szczęśliwym. Dr. Neusser przez lat kilka służył w zakładzie wiedeńskim a od lat 10 jest kierownikiem tutejszego zakładu. Doświadczeniem praktyczném, energiją i gorliwością potrafił on zakład tutejszy, rażący swojém umieszczeniem, powoli przyprowadzić do ładu i składu i wyrobić mu dobrą opiniję, tak że nie tylko w obecnym pięknym gmachu, ale nawet jeszcze dawniéj, dopóki się mieścił u św. Ducha, przestał być przestrachem dla chorych zamożniejszych. W każdym razie Dr. Neusser ma powodzenie po swojéj stronie, i dlatego mamy nadzieję, że i zakładowi kulparkowskiemu potrafi przywrócić reputacyję należytą i uczynić go tém, czém być powinien, skoro kraj wydatków nań nie szczędzi. Spodziewamy się, że nowy dyrektor potrafi usunąć wszystkie przeszkody, z którémi bezskutecznie walczył dyrektor dawniejszy, ale też tuszymy sobie, że Wydział krajowy zechce nowemu dyrektorowi ułatwić pracę przez nadanie mu rozleglejszéj władzy, aby nareszcie karność ścisła istnieć mogła w Kulparkowie. Stósunki nie zwykle wymagają środków wyjątkowych, a jeżeli ich zawczasu nie zastósujemy, narazimy się na zarzut, że do rządów jesteśmy niezdolni.

* W tym tygodniu odbył się we Wiedniu Wiec stowarzyszeń lek. rakuskich. Mamy zapewnione sprawozdanie z wiecu tego, które umieścimy w jednym z następnych numerów.

* Dr. Kazimierz Łukaszewicz w Kraśniku w Król. Polskiém obchodził w dniu 10 bm. 50 letni jubileusz zawodu lekarskiego. Uzyskał on dyplom doktorski w Uniw. warszawskim w r. 1830, poczém pełnił obowiązki w b. wojsku polskiém a od r. 1833 osiadł w Kraśniku. (*Medycyna*).

* Od abonenta w Rudolstadt (w ks. Schwarzberg R.) otrzymaliśmy wycinek z gazety „*Schwarzberg-Rudolstädtische Landeszeitung*", z którego dowiadujemy się, że Dr. Deegen w Köstritz (ks. Reuss mł. l.) poleca przeciw dyfteryi herbatę z liści *Eucalyptus globulus* z dodatkiem, że gotów jest lekarzom i chorym bezpłatnie liści takich udzielać. — W doniesieniu tém interesuje nas więcéj wiadomość, że Przegląd Lek. ma abonenta i w Rudolstadt i że doszedł nas ztamtąd list z adresem polskim.

* W Cieplicach czeskich do d. 21 bm. bawiło gości kąpielowych 7174.

\+ **Karlsbad** 24 lipca. Do dziś dnia było osób 18,870, o 1547 więcéj niż do tegoż dnia r. z. W pierwszych dwóch dniach tygodnia temperatura wynosząca 25° R. w cieniu, a 32° R. na słońcu, po burzy godzinnéj z grzmotami i ulewnym deszczu połączonéj (18/7 po południu) zniżyła się dnia następnego do 20° R. i utrzymywała się przez resztę dni tygodnia na 15° R. przy pogodzie prześlicznéj.

* **Mianowania i odznaczenia**. Docent prywatny Dr. Sommer w Gryfii mianowany został profesorem nadzw.

* **Wiadomości osobowe**. Weterynarz Krajowy Dr. Werner we Lwowie, powołany został czasowo do pełnienia obowiązków w ministerstwie spraw wewn. we Wiedniu; Docent i weterynarz powiatowy w Krakowie Dr. Rasp przeniesiony został do Rohatyna, a na jego miejsce mianowany weterynarzem powiatowym w Krakowie p. Littich, który tymczasem zastępować będzie weterynarza krajowego w Namiestnictwie we Lwowie.

* **Nekrologija**. W Jaworowie umarł lekarz powiatowy Dr. Adolf Friedberg, członek korespond. naszego Towarzystwa. Dziś umarł w Krakowie Dr. Leonard Voigt, lekarz więzienny.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 30: Dunina: Spostrzeżenia nad epidemiją tyfusu powrotnego (c. d.); Heimana: Sprawozdanie z czynności chirurg. szpitalnéj za r. 1879.

Piśmiennictwo lekarskie. NEPVEU G., Mémoires de chirurgie. gr. 8. Paris, Delahaye. Fr. 3.

NIEMEYER P. Grundriss der Percussion u. der Auscultation. 3. Aufl. M. 34. Holzschn. gr. 8. Stuttgart. Enke. M. 2. 40.

RABBINOWICZ, La médecine du Thalmud. 8. Paris. Germer Baillière et Comp. Fr 10.

RANVIER L., Leçons d'anatomie générale s. l. système muscul. recueillies par M. J. Renaut 8 Paris, Delahaye. Fr. 12.

RUFFERT F. W., Mikroskopische Fleischbeschau. M. 28. Holzschn. 8. Leipzig, Weber. gebd M. 1.

SCHMIDT C., Die Retention der Eihäute u. ihre Folgen. gr. 8 Jena, Dege et Haenel. M. 1. 50.

SECOND P., Des abcès chauds d. l. prostate et du phlegmon périprostatique. Av. 3. pl. 8. Paris, Masson. Fr. 6.

SMITH C, Précis clinique des affections des voies urinaires chez l'homme. T. 1. av. 49. fig. 8. Paris, Delahaye.

TARNIER, S. u. G. CHANTREUIL, Traité de l'art des accouchements. 2. fasc. av. grav. gr. 8. Paris. H. Lauwereyns. prix compl. Fr. 25.

Redaktor Przeglądu Lek. wyjeżdża na miesiąc sierpień; pod niebytność jego obowiązki redaktora pełnić będzie członek Komisyi redakcyjnéj p. Dr. August Kwaśnicki. Upraszamy więc szan. współpracowników, aby przez ten czas znosić się zechcieli z p. Drem Kwaśnickim (Ul. św. Anny Nr. 192).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 7 sierpnia 1880. №. 32. Rok XIX.

TREŚĆ: I. DOMAŃSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. (C. d.) — II. RYDYGIER. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w grużlicy stawowéj. (Dok) — III. *Oceny i sprawozdania*: CLAY. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — V. *Wiadomości bieżące.*

I. O kile *(syphilis)* układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

IV.

15. Zjawiska chorobowe są ostatecznie skutkiem i wyrazem zmiany anatomicznéj; nie odrzeczy więc będzie zapewne zastanowić się, jakie są w ogólności następstwa za życia zmian kiłowych w układzie nerwowym.

1) Ponieważ zmiany opisane pojawiać się mogą i pojawiają rzeczywiście w rozmaitych częściach układu nerwowego, muszą też i przypady chorobowe (czyli odpowiednie zmianom anatomicznym zboczenia czynnościowe ze strony układu nerwowego być nader wielorakie i rozmaite, tj. kiła układu nerwowego występuje w najrozmaitszych postaciach, co więcéj, można nawet z wielkiém zbliżeniem się do prawdy powiedzieć, iż nie ma takiego zboczenia czynnościowego w układzie nerwwym, któreby nie mogło ukazać się w przebiegu kiły tegoż układu.

2) Daléj wypływa to również ze stósunków anatomiczno-patologicznych, iż zboczenia chorobowe w kile układu nerwowego występują, jeżeli nie absolutnie, to przynajmniéj najczęściéj w postaci przypadków ogniskowych, będących za życia wyrazem ograniczonych mniéj więcéj zmian anatomicznych. Co do mózgu i nerwów na obwodzie nie ulega to żadnéj prawie wątpliwości; co do rdzenia pacierzowego w obec naszéj niedostateczności danych z anatomii patologicznéj nie ma pewności, czy skutkiem kiły nie pojawiają się zboczenia czynnościowe, któreby odnieść należało do rozległych i rozlanych zmian w organie, o którym mowa. Zresztą nie należy zapominać, że między mózgiem a rdzeniem pacierzowym, jakem to już dawniéj podniósł, pod względem anatomicznym znaczna zachodzi różnica. W mózgu, który jest organem bardzo wielkich w porównaniu do rdzenia pacierzowego rozmiarów, zmiana anatomiczna ograniczona, nawet większa łatwiéj może zachować swój charakter ogniskowy, niż w rdzeniu pacierzowym, który nie tylko że nader małych jest w kierunku poprzecznym rozmiarów, ale w którym zmiana anatomiczna jednéj np. połowy łatwo bardzo rozszerzyć się może *per continuitatem et contiguitatem* na drugą połowę lub przynajmniéj wpływać na nią w wysokim stopniu sposobem po prostu mechanicznym. To zdaniem naszém jest zarazem powodem, dla którego kiła rdzenia pacierzowego nie przedstawia téj rozmaitości objawów za życia co kiła mózgu.

3) Ponieważ zmiana kiłowa w układzie nerwowym występuje bardzo często, można nawet powiedzieć zazwyczaj, nie w jedném ale kilku ogniskach, których siedziby nie stoją do siebie w żadnym stałym stósunku, że jedném słowem najrozmaitsze miejsca układu nerwowego mogą równocześnie ulegać zmianom kiłowym, łatwo pojąć, że w kile układu nerwowego mogą pojawiać się najrozmaitsze kombinacyje przypadów niezwykłe zupełnie dla innych chorób układu nerwowego.

4) Lubo te kombinacyje przypadów zmian ogniskowych co przedewszystkiém mózgu dotyczy, pod każdym względem są nader rozmaite, można przecież powiedzieć, że ze strony mózgu łączą się najczęściéj ze zboczeniami w czynnościach psychicznych, napadami epileptycznemi i porażeniem przednich nerwów mózgowych a mianowicie ocznych. Przyczynę tego uderzającego i pod wieloma względami nader ważnego zjawiska tłumaczy nam dostatecznie anatomija patologiczna: powiedzieliśmy bowiem, że zmiany kiłowe występują z upodobaniem na powierzchni mózgu tj. z jednéj strony w substancyi szaréj kory mózgowéj, z drugiéj na podstawie czaszki. Wiemy zaś z fizyjologii, w jak bliskim związku zostaje kora mózgowa do życia psychicznego, napadów epileptycznych, a na podstawie mózgu znajdują się nerwy, które mogą uledz uciskowi ze strony zmian chorobowych w téj okolicy.

5) Nakoniec zasługuje na uwagę stósunek zboczeń

kiłowych do terapii. Co do mózgu mianowicie, też same zboczenia czynnościowe są dla leczenia bez porównania dostępniejsze, jeżeli ich przyczyną jest kila, niż gdy sprawia je inna zmiana anatomiczna. Tak np. nierzadko ustępują całkowicie porażenia połowicze kiłowe, gdy takież same porażenia z innych przyczyn np. krwotoku lub zatoru tętnicy zazwyczaj tylko się do pewnego stopnia zmniejszają. Na téj skuteczności terapii chciano nieraz oprzeć dyagnozę i przyznać należy, że nieraz skutek leczenia bardzo zaważyć może na szali. Nie można atoli zapominać, że terapija przeciw zmianom kiłowym ma także granice: naprzód, jak każdy praktyk wie, są przypadki kiłowe, w których nawet najenergiczniejsze leczenie we właściwym czasie nic nie pomaga albo tylko bardzo mało, z drugiéj, co jeszcze ważniejsze, że skuteczność terapii odnosi się tylko do zmian kiłowych właściwych, nie zaś do następowych. Jeżeli przeto np. porażenie połowicze polega na niedostatecznym dopływie krwi do ciałka prążkowanego skutkiem zmiany kiłowéj w naczyniach tętniczych, ustępuje ono po usunięciu zwężenia naczyń; jeżeli zaś porażenie jest wyrazem rozmiękczenia odpowiedniéj części mózgu, terapija antysyfilityczna nic zdziałać nie jest w stanie. Tak samo usunąwszy ucisk przez zmianę kiłową np. w kości na nerwy wywierany nie usuwamy zaniku nerwu, lecz musimy go leczyć osobno według ogólnych zasad terapii Jakie ztąd ważne dla leczenia wypadają skazówki, łatwo odgadnąć; zastanowimy się nad niemi jeszcze późniéj.

Co do rdzenia pacierzowego, to teoretycznie spodziewaćby się należało zupełnie takichże samych lub przynajmniéj bardzo podobnych stósunków, jak i w mózgu. W praktyce atoli, przynajmniéj teraz, przedstawiają się one cokolwiek inaczéj a mianowicie nieraz wykrywszy nawet zmiany kiłowe w innych organach nie możemy na pewne oświadczyć, czy wykazane na podstawie właściwych wniosków cierpienie rdzenia jest kiłowém czy też prostém ale u kiłowego, tém więcéj, iż dla rdzenia pacierzowego, jakeśmy to właśnie co dopiero powiedzieli, nie ma tych prawdopodobnych oznak cierpienia kiłowego, co dla mózgu, powtóre, że też same środki, które działają, świetnie przeciw kile, skutkują równie dobrze przeciw niektórym cierpieniom mianowicie ostrym rdzenia pacierzowego.

6) Przypady kiły układu nerwowego z osobna uważane nie mają i nie mogą mieć w sobie nic wyłącznie charakterystycznego. Ważne to, pewne, bo codzień stwierdzane prawidło wyjaśniają następujące okoliczności. Choroby układu nerwowego w ogólności objawiają się, wprawdzie nie wyłącznie, ale przecież najczęściéj nie zboczeniami anatomicznemi za życia i bez autopsyi wykazać się dającemi, ale tylko zboczeniami czynnościowemi, których źródło daje się dotychczas przynajmniéj, wykazać dopiero po śmierci. Do takich zboczeń anatomicznych należy np. obrzmienie w przebiegu zapalenia nerwu, zanik szary nerwu wzrokowego oftalmoskopowi dostępny w szarém zwyrodnieniu rdzenia pacierzowego, nerwaki, blizny, w które wgojone są nerwy, i niektóre urazy. Zboczenia zaś czynnościowe nie są następstwem pewnego rodzaju zmiany anatomicznéj, lecz tylko jéj siedziby. Tak jak np. dla przewodnictwa elektryczności w drucie jest wszystko jedno, czy go przetniemy, czy kawałek jego zastąpimy ciałem elektryczności nie przewodzącém, tak i dla układu nerwowego jest pod względem fizyjologicznym wszystko jedno, czy ta lub owa tkwi w nim zmiana anatomiczna: zboczenia będą zawsze jednakie, jeżeli tylko zmiana anatomiczna toż samo nagabuje miejsce. Tak np. wiadomo z fizyjologii, że ciałko prążkowane stoi w blizkim stosunku do ruchów kończyn po stronie przeciwnéj; czy więc przez krwotok czy przez zator zwykły (*embolia*) ciałko prążkowane zostanie anatomicznie w dostatecznéj rozległości nadwerężone, objawy będą na obwodzie też same, co przy rozmiękczeniu skutkiem zmiany kiłowéj w odpowiedniéj tętnicy: zawsze wystąpi porażenie połowicze o pewnych cechach. Na tém, jak wiadomo, polega trudność rozpoznania zmiany anatomicznéj za życia i do częstych np. liczy się zdarzeń, że przy autopsyi znajdzie się krwotok tam, gdzie oczekiwano zatoru i odwrotnie. Zupełnie tak samo rzecz się ma z kiłą: tak jak nie ma ani jednego zboczenia czynnościowego, jakeśmy to już wspomnieli, któreby nie mogło wystąpić w przebiegu kiły układu nerwowego, tak na odwrót nie ma ani jednego przypadu wyłącznie kile właściwego; kreśląc przeto w dalszym ciągu przypady kiły układu nerwowego, nie możemy w żaden sposób oczekiwać jednego obrazu, któryby do pewnego stopnia mógł służyć za wzór dla największéj liczby przypadków, ale podamy tylko w sposób zdaniem naszém potrzebom praktycznym najodpowiedniejszy szereg przypadów i ich kombinacyj, jak one pojawiają się w przebiegu choroby, o któréj mowa. Dla łatwiejszego i dokładniejszego przeglądu podzielimy sobie kiłę układu nerwowego na kiłę mózgu, na kiłę rdzenia pacierzowego i kiłę nerwów na obwodzie.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowéj.

Napisał Dr. Rydygier.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

W końcu naszéj rozprawy jeszcze raz do podobnych przypadków wrócimy, a teraz zajmijmy się ostatniém, a najważniejszém pytaniem, czy wypiłowania stawów gruźliczych mają wpływ zapobiegający gruźlicy ogólnéj. Koenig temu na podstawie swéj statystyki jak już na początku wspomnieliśmy, zaprzecza. Nam się zdaje, że Koenig się myli, z przyczyny podobnéj, jaka wywołała omyłkę Sacka przy porównywaniu czasu trwania leczenia przed antiseptycznego; i on uwzględnia tylko liczby nie zwracając uwagi na okoliczności poboczne.

Nie wystarcza powiedzieć: „W 4 lata po pierwszych operacyjach umarło już 21,5% z wszystkich dla gruźlicy stawowéj wypiłowanych na gruźlicę ogólną; podług statystyki Billrotha po 16 latach umarło z nieoperowanych na gruźlicę stawową chorych 27% na gruźlicę ogólną; jeżeli czas naszéj 4-letniéj operacyi do 16 lat przedłużymy, to liczba nasza liczbę Billrotha może przewyższyć, a więc i przeciwgnilne wypiłowania nie mają wartości zapobiegawczéj pod względem ogólnéj gruźlicy. Podobny wniosek zdaje się być ogromnie logicznym i pewnym, a jest jednakowoż mylnym.

Billroth gruźlicy stawów nie leczy wyłącznie zachowawczo; przeciwnie i on wykonywa wypiłowania, a zwykle, jak większość, dopiero wtenczas, jeżeli leczenie zachowawcze nie odnosi pożądanego skutku, jeżeli widzi, że chory coraz gorzéj się miewa, że grozi mu niebezpieczeństwo ogólnéj

gruźlicy. Zwalnia więc po prostu leczenie zachowawcze od tych najcięższych przypadków. Podobnież i Koenig; nie wypiłowywa on **wszystkich** stawów gruźliczych; przeciwnie on leczy i zachowawczo, a leczy zachowawczo, podobnie jak większość, w początkach i lżejsze przypadki; nieraz je wyleczy i nie przyjdzie do wypiłowania; odciąga więc po prostu łatwiejsze przypadki od leczenia przez wypiłowanie, a pozostawia tylko trudniejsze, gdzie leczenie zachowawcze nie skutkowało, gdzie nastąpiło wycieńczenie sił, gdzie gruźlica ogólna już groziła.

Biorąc takie liczby do porównania popełniamy podwójny błąd; po pierwsze przypadki zachowawczo leczone należą do najlżejszych, a przypadki wypiłowań do cięższych, a więc nie nadają się wcale do porównania; a powtóre i u Billrotha i u Koeniga uwolniono leczenie zachowawcze nieraz **podczas** trwania leczenia od cięższych przypadków, a doliczono je do wypiłowań. Jakże tu się dziwić, że potém niemal równa ilość umiera na gruźlicę ogólną czy zachowawczo leczymy, lub też wypiłowanie robimy; ale jakże z drugiéj strony można z takiego zestawienia wnioskować, że wypiłowania nie mają wpływu zapobiegającego gruźlicy ogólnéj? Billroth [1]) sam przyznaje w przypisku do 14, zupełnie wyleczonych zachowawczo leczonych, że przypadki te były lekkie. Gdybyśmy chcieli rzeczywiście dobrą statystykę zestawić, na któréjby można polegać, trzebaby wziąść 200 podobnych przypadków gruźlicy stawowéj i jednę setkę od początku aż do końca leczyć zachowawczo, a drugie 100 wypiłować; późniéj jeszcze przez kilka lat śledzić przebieg, a nareszcie po pewnym czasie zestawić ilu z pierwszych a ilu z drugich uległo gruźlicy; w tenczas dopiero mielibyśmy odpowiedni materyjał do statystyki porównawczéj.

Sądzę, że dostatecznie dowiódłem, iż twierdzenie Koeniga jest mylném, ponieważ polega na zestawieniu liczb zupełnie nierównych.

Przeciw Koenigowi przemawiają także zdania znacznych chirurgów, które przecież także polegają na pewnym rodzaju statystyki porównawczéj, bo na wrażeniu, jakie otrzymali przy obserwacyi w swych klinikach. Prócz tego przywodzą niektórzy z nich na poparcie swego zdania powody racyjonalne. Jeżeli Hüter *(Die Scrofulose und ihre locale Behandlung, als Prophylaxe gegenüber der Tuberculose, Volkmann's Sammlung klin. Vorträge Nr. 49)* już przed tém, zanim Schüppel dowiół, że we wszystkich zserowaciałych gruczołach są gruzełki, zalecał wycięcie takich gruczołów jako środek zapobiegający ogólnéj gruźlicy, a zalecenie swoje tak silnie poparł, że większość kolegów (Volkmanna tylko np. przytaczam, który w swoim odczycie Nr. 168—169 jego zbioru (pag. 34) powiada *„Siehe Hüter, dessen therapeutische „Ansichten ich im Wesentlichen für richtig halte)“* specyjalnych się na to zgodziło; jeżeli daléj na témże miejscu jeszcze przed ogłoszeniem prac Koeniga *(die Tuberculose der Gelenke D. Zeitschrift f. Chir.* tom XI, 5 i 6 zeszyt), Volkmanna (*Ueber den Charakter und die Bedeutung der fungösen Gelenkentzündungen Sammlung klin. Vorträge* 168 do 169) i innych, a więc zanim się przekonano, że każdy guz biały *(tumor albus)*, zawiera gruzełki, zalecał wczesne wypiłowanie także jako środek zapobiegający ogólnéj gruźlicy, o ile to więcéj teraz powinno mieć znaczenia! Volkmann także zaleca w wykładzie co dopiero wspomnianym wypiłowanie, i to o ile możności wczesne wypiłowanie jako środek zapobiegawczy (l. c. pag. 35) mówi dosłownie: *„frühzeitige, „energische örtliche Eingriffe haben gerade hier die schönsten „Erfolge aufzuweisen.“* Przyznaje on, że wprost z ogniska miejscowego może powstać ogólna gruźlica (patrz str. 25 i 32) mimo że na innem miejscu dowodzi, iż gruźlica stawowa zwykle pozostaje miejscową chcąc kolegów zachęcić do czynniejszego leczenia a zwalczyć przesąd tak długo panujący, że kto gdziekolwiekbądź raz ma **prawdziwą** gruźlicę, na gruźlicę téż musi umrzeć, przesąd, w skutek którego przez długi przeciąg czasu gruzełek przez Köstera w stawie wykryty musiał uchodzić jako „guziczek Köstera“.

Dążność ta skłania Volkmanna do zdania (pag. 34), że obecność ogniska gruzełkowatego wcale nie ma wpływu na rokowanie (*„ob der tuberculöse Herd noch besteht, ist, ich „will den vorsichtigsten Ausdruck gebrauchen, zum Mindes- „ten prognostisch nicht zu verwerthen,“* a mimo to zaraz na następnéj stronie przyznać musi, że **wczesne, miejscowe** leczenie bywa najlepszym skutkiem uwieńczone. Dobre te skutki nie odnosi Volkmann, jakby można sądzić tylko do innych wyników leczenia, lecz także i do skuteczności zapobiegawczéj, jak to na str. 32 widać, gdzie pomiędzy przyczynami do wypiłowań lub odjęć przytacza także możliwość ogólnego zakażenia.

I Koenig (*Die Tuberculose der Gelenke D. Zeitschrift f. Chir.* tom XI) sam przytacza nam w swéj pięknéj, już kilka razy wzmiankowanéj pracy kilka przykładów które dowodzą, że wprost z ogniska miejscowego, może powstać gruźlica ogólna; dla tego téż na wstępie powiedzieliśmy, że pomiędzy innemi właśnie i prace Koeniga posłużą nam na poparcie naszego zdania. Jeden przypadek (str. 559 i 560) tyczy się wypiłowania stawu kolanowego w skutek guza białego, chory umarł na ogólną gruźlicę. Na końcu opisu choroby powiada Koenig, że w tym przypadku można za przyczynę ogólnéj gruźlicy uważać tylko gruźlicze zapalenie stawu. Mógłby nam kto zarzucić, że właśnie ten przypadek dowodzi, iż wypiłowanie przy gruźlicy stawowéj nie ma żadnego wpływu zapobiegającego ogólnéj gruźlicy; dla nas jest on tylko dowodem, że i podług zdania Koeniga może z miejscowéj gruźlicy powstać ogólna, zresztą sądzimy, że w tym przypadku za późno zgłoszono się do wypiłowania.

Jeszcze dobitniéj dowodzi zaraz następny przypadek Koeniga (str. 560 i 561), że ogólna gruźlica może się wywiązać z miejscowéj. Przypadek ten zarazem dowodzi, że to wcale nie jest bez znaczenia, czy ognisko serowate istnieje, lub nie, jak Volkmann mniemał; bo tu po 4 latach niby zupełnego wyleczenia po leczeniu zachowawczém nagle bez przyczyny powstała recydywa. Przy badaniu na zwłokach pokazało się, że z ogniska w panewce gruźlica krok za krokiem się posuwała do otrzewnéj, takową zajęła, a potém szybko ogólną się stała przechodząc na opłucną i płuca. Jeżeli więc niewątpliwą jest rzeczą, że gruźlica stawowa może wywołać gruźlicę ogólną, natenczas nie ulega wątpliwości, żeby pierwotne miejscowe ognisko wytępiać. Przyczyny tego są jasne: 1) im prędzéj ognisko pierwotne z ciała wydalimy, tém krótszy czas chory narażony na niebezpieczeństwo. tém większą możemy mieć pewność, że ogólne zakażenie jeszcze nie nastąpiło i że chorego poratować zdołamy. 2) Im prędzéj operujemy, tém mniejsze zmiany miejscowe znajdziemy i tém silniejszy jeszcze chory; dwie okoliczności, które znaczny wpływ wywierają na szybkie i do-

[1]) Billrotha, *Wiener Klinik* pag. 560 dosłownie: *darunter einige „**sehr** berichte Fälle... Es befinden sich darunter 12 Fälle „ohne Eiterung und 2 Fälle mit Abscessen, die sich bald „schlossen, (wohl von Periostitis der Gelenkenden berührend).“*

bre wyleczenie. 3) Długotrwałe ropienie prócz osłabienia, gorączki itd., wywołuje także choroby nerek, którym również wczesném wypiłowaniem zapobiedz możemy.

Dowiedliśmy więc, że wypiłowanie stawu gruźliczego słusznie jako środek zapobiegający ogólnéj gruźlicy uważać możemy; dla czegoż pomimo to tylu operowanych umiera na gruźlicę ogólną? I na to pytanie znajdujemy odpowiedź u Koeniga. Powiada on („*Die Tuberculose der Gelenke*“ str. 557), że przy gruźlicy stawowéj trzeba 3 rodzaje uwzględnić: 1) Ogólną gruźlicę, gdzie niezawiśle od siebie równocześnie albo po sobie wytwarzają się rozmaite ogniska chorobowe (pomiędzy niemi i w stawie). 2) Pierwotne, gruźlicze ognisko w innych przypadkach, a staw zajętym zostaje dopiero w skutek zakażenia ogólnego wywołanego przez to pierwotne inne ognisko. 3) Gruźlica stawowa stanowi pierwotne ognisko, z którego późniejsze ogólne zakażenie bierze swój początek.

Rozumie się, że przeciwko pierwszym dwóm rodzajom gruźlicy wypiłowanie stawu gruźliczego nie może działać zapobiegawczo, i to nam dostatecznie tłumaczy, dla czego liczba odsetkowa umierających na gruźlicę mimo wypiłowania jest tak znaczną. Pozostaje nam dział trzeci, w którym bez wątpienia wypiłowanie zapobiegawczo działa. W pierwszych dwóch rodzajach może wypiłowanie tylko o tyle działać, że jedną część, jedno ognisko ogólnéj choroby z ciała wydala, i to nieraz z pewnością nie najmniéj ważne ognisko, ale najważniejsze, którego ropienie itp., właśnie najwięcéj niszczyło organizm, a więc może najważoiejsze stanowiło ognisko w owym „*circulus vitiosus*“. Nie należy i tego lekceważyć, gdy inne leczenie gruźlicy tak mało jest obiecujące. Chętnie przyznajemy, że jeszcze niejedno przy wypiłowaniach można polepszyć. widzimy wady. na jakie uwagę zwracał Koenig, uczeń jego Paschen (*Eine knorpelige Synostose nach Knieresection nebst Bemerkungen über die Endresultate kindlicher Kniegelenkresectionen Dt. Zeitschrift f. Chir.* tom IV, str. 441 in), jako to, że u dzieci wypiłowana odnoga nie rośnie daléj równo z drugą, mianowicie jeżeli chrząstka nasadowa uszkodzona, daléj że kąt zagięcia nieraz się z czasem powiększa w skutek tego, że kostne zrośnięcie tak rzadkie. Wady te atoli nie przeważają przeciwko wypiłowaniom w ogóle, przeciwnie one powinny nas tylko zachęcić do zabiegów około wydoskonalenia sposobu operowania. Zajmuję się téż obecnie studyjami doświadczalnemi tego rodzaju, a po ukończeniu tychże nieomieszkam o wynikach ich donieść.

Gdybyśmy mieli coś doskonalszego na miejsce wypiłowań, chętnie przyjęlibyśmy z powodu powyżéj namienionych wad, ale leczenie zachowawcze jeszcze mniéj się zaleca: tak rzadko ma stałe wyniki, czas leczenia jest tak niezmiernie długi, recydywy tak częste, że chorzy tym sposobem leczeni, nieraz lata, a nawet dziesiątki lat chorują, albo tak długo swéj odnogi używać nie mogą. Tylko bardzo mała liczba naszych chorych może leczyć się tak długo, a i tym zbywa nieraz na potrzebnéj cierpliwości. Tak np. przybyła p. Wester do nas z prośbą, żeby ją raz przecież uwolnić od wiecznie choréj odnogi przez odjęcie w udzie. Nieraz téż z pewnością odjęcie odnogi mogłoby współzawodniczyć z wypiłowaniem, jak tego Esmarch chce, ponieważ szybciéj rana po odjęciu się goi, a więc mniéj sił u chorego wymaga, a nadto dokładniéj całe ognisko choroby od ciała odłącza. Tak znaczne okaleczenie wywołane operacyją z pewnością atoli na lekarza zarówno nieprzyjemne wrażenie robi, jak na chorego, który tylko wyjątkowo i to w ostatecznéj biedzie na nią się zgodzi.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Clay: O różnicy między prawdziwą a sfałszowaną *Terebinth. de Chios.*

Dla odróżnienia prawdziwéj, *Ter: de Chios* od rozmaitych fałszowanych gatunków pod tą nazwą w handlu się znajdujących, mniemam, że dobrze się przysłużę podając opis umieszczony przez Prof. Claya w *The Lancet.*

Przy udzielaniu wydawcy „*The Lancet*“ próbek fałszywéj i prawdziwéj, stwierdza C. przedewszystkiem, że do swoich przypadków użył téj *Ter. de Chios*, którą w szpitalnéj aptece znalazł, a uzupełniał zapas od chemika w Birmingham, który identyczną z pierwszą dostarczył mu *Ter.* Prawdziwa *Ter. de Chios* jest tak gęstą, że z kawałka między palcami gniecionego nic na palcach nie pozostaje. Tą właściwością różni się prawdziwa od innych gatunków, posiadających konsystencyję syropu; fałszywe gatunki między palcami roztarte wydają woń przenikliwą, właściwą olejkowi terpentynowemu, podczas gdy prawdziwa daleko slabszy ma zapach, jakby z anyżu i elemi. Prawdziwa jest prawie bez smaku, fałszywa ma smak gorżki, nieprzyjemny. Prawdziwa posiada kruchość i elastyczność.

Jeśli ogrzany i rozwałkowany kawałek prawdziwéj terpent. po ostudzeniu rzucimy o podłogę, rozpada się on na drobne kawałeczki. Świeża rozumie się nie jest tak kruchą lecz staje się nią przez pozostawienie przez dłuższy czas na powietrzu. Na szkiełku roztopiona i drugiem szkiełkiem przykryta prawdziwa przebija barwą żółtawo brunatną z nieczystościami drobniuteńko w niéj rozdzielonemi, terp. zaś wenecka lub kanadyjska jest wtedy bezbarwną jakby woda. Jeżeli próbka sfałszowaną jest balsamem kanadyjskim, natenczas przy ogrzaniu lekkiem na szkiełku balsam szybko rozpłynie się po szkle a *Ter. de Ch.* pozostaje pośrodku, widocznie z tego powodu, iż potrzebuje więcéj ciepła dla stopienia się. Jeżeli dla naśladowania zanieczyszczeń właściwych prawdziwéj, domieszano do weneckiéj *Ter.* żywicy wtedy obie te ingredyencyje posiadają konsystencyję syropu a przy ogrzaniu pomiędzy szkiełkami stopniała żywica znika wraz z pozornemi nieczystościami, co przy prawdziwéj nie ma miejsca. Balsam kanadyjski ogrzany staje się także przeźroczystym, a woń jego jest nudną. Próbka mieszaniny *tereb.* z żywicą na łopatce ogrzana, wydaje charakterystyczny zapach żywicy. Prawdziwa rozpuszcza się szybko w eterze tudzież w alkoholu w ostatnim pozostajwiając kleistą resztkę.

Smak przeto, woń i wygląd tudzież i cięż. gat. są głównemi cechami, po których prawdziwą *Ter. de Ch.* od surogatów odróżnić można.

a) Jeżeli smak jest gorżki *Ter.* nie jest prawdziwą *de Chios.*

b) Przy braku smaku lub nieznacznym tylko smaku, jeżeli składa się z żywicy i balsamu kanadyjskiego, wtedy po ogrzaniu osobliwsza woń żywicy wykryje fałsz.

c) Jeżeli masa w alkoholu pozostawia kleistą resztkę a inne przymioty odpowiadają, próbka jest prawdziwą.

d) Jeżeli masa posiada szarawo biały kolor lub téż nawet ciemniejszy, z powodu umyślnego zanieczyszczenia, jest konsystencyi syropu i wydaje ostry zapach *Ter.* ta nie jest prawdziwą.

e) Prawdziwa *Ter. de Chios*, pływa w płynie (wodzie) zawierającym „na wagę“ 8 procent zgęszczonego kwasu siarkowego i upada na dno epruwetki w chwili rozcieńczenia téj mieszaniny, podczas gdy fałszywe gatunki nawet na wodzie pływają. (*The Lancet*).

Szczegóły te dane przez tego, który pierwszy środek ten polecił mogą się kolegom przydać, gdyż jak widać, nic łatwiejszego, jak być w błąd wprowadzonym. Sprawozdawca otrzymał przed kilkoma dniami ze Smyrny 115 grm. *Tereb.*, która zwycięzko wyszła z wszelkich prób wedle powyższych wskazówek; radzę téż i kolegom zawsze te próby przedsiębrać. *Tereb.* ta jest starszéj daty, a świeżą, jak już raz oznajmiłem, otrzymam niezawodnie w ciągu sierpnia.

Dr. Karcz (Lwów).

Wiadomości pomniejsze.

ss) W rozprawie zatytułowanéj „hematologiją kliniczną“ ogłasza Quinquaud (*Progres med.* 1880 Nr. 3 i 4), szereg nader ciekawych poszukiwań nad ilością hemoglobinu, siłą absorbcyjną i jakością stałych składników krwi.

Między innemi stwierdził Q., że w *eczema universale herpetiforme* ilość hemoglobinu wynosiła w okresie największego nasilenia choroby 85, w okresie ustępowania 95—98 grm., tudzież że siła absorbcyjna 165 ctm. sz. krwi podnosiła się aż do 190 ctm., sz. ilość składników stałych wzrasta śród jednakich warunków o 15 grm.

W łuszczycy (*psoriasis*) krew jeszcze mniéj zawierała hemoglobinu (72 grm.), mianowicie w tych razach, gdzie łuszczyca pociągnęła za sobą stan charłaczy, ilość hemoglobinu opadała do 62 grm. Odpowiednio do tego i siła absorbcyjna krwi znacznie się zmniejszała, i to do 130 ctm. sz.; nie tak znacznie się zmniejszała się ilość składników stałych. W okresie polepszenia liczby te wzrastają do wysokości liczb podanych przy wyprysku.

Granice te nie są tak wyraźne w *erythema desquamativum* i *pemphigus foliaceus*; okres wybuchu ostatniéj choroby odznacza się jednakże wyraźnie analogiczném zachowaniem się powyższych czynników.

W *pityriasis rubra chron.* (Devergie) nie stwierdzono żadnych zmian.

W *lichen ruber* (Hebra) skład krwi jest zmieniony podobnie jak w łuszczycy.

Najmniejszą ilość hemoglobinu, jakotéż najmniejszą siłę absorbcyjną stwierdził Q. w trądzie (*lepra*): pierwszy wynosił 57 grm,; druga 110 ctm. sz., składniki stałe zachowywały się prawidłowo.

W ospie zlewającéj się (*variola confluens*) powyższe liczby zmienione są tylko w okresie ropienia; zmiana ta odpowiada zmniejszeniu się utlenialnych składników krwi.

Działanie przyrzutu kiłowego objawia się bardzo powoli; w ciągu miesiąca ilość hemoglobinu zmniejszyła się o 17 grm. (83 grm.); pod wpływem racyjonalnego leczenia ilość ta szybko wzrastała.

Różne stopnie nasilenia kiły charakteryzują się odpowiedniemi wahaniami powyższych cyfr. (W kile złośliwéj hemoglobin = 62 grm.).

Purpura i szkorbut różnią się tylko stopniowo pod względem hematologicznym. W szkorbucie stwierdził Q. nadzwyczajne zmniejszenie się hemoglobinu; niekiedy więcéj niż połowa tego białka krystalicznego uległa zniszczeniu.

ss) W rozprawie p. n. „O wpływie chorób gorączkowych na leczenie zboczeń umysłowych“ ogłasza Rosenblum cztery przypadki zimnicy, sześć przyp. duru i 22 przyp. duru powrotnego u chorych leczonych w szpitalu obłąkanych. W 12 przypadkach wywoływano umyślnie dur powrotny przez szczepienie krwi osób chorobą tą dotkniętych. Wśród 22 przyp. nastąpiło wyleczenie z chorób umysłowych w 11 przyp., w 3 polepszenie, w 8 nie zaszła żadna zmiana. Wszystkie te przypadki dotyczyły postaci przewlocznych, na które ani czas ani lekowanie nie miały najmniejszego wpływu, tak że pomyślne owe przypadki jedynie wpływowi duru powrotnego przypisać należy. Postrzeżenia Rosenbluma dotyczą w całości 32 przypadków, między któremi 21 wyzdrowiało, w 3 nastąpiło polepszenie, w 8 zaś żadną nie zaszła zmiana w cierpieniu umysłowém. Między przypadkami z pomyślnym przebiegiem było 8 ciężkich i zastarzałych postaci zadumy, reszta zaś składała się z różnych przewlekłych postaci ogłupienia.

ss) Jako skuteczny lek rozpuszczający kamienie żółciowe, zaleca Dr. Buckler (*The London med. Rec.* Nr. 11. 1880), bursztynian żelaza w połączeniu z chloroformem. Chloroform podaje się po 10 kropli 4 razy dziennie, przetworu zaś żelazowego po łyżeczce po obiedzie. Niektórzy chorzy zażywali łyżeczkami (!) chloroform. 6 razy dziennie, i to bez szkody. Eter nie posiada w tém względzie téj skuteczności jak chloroform. Dla zupełnego rozpuszczenia kamieni należy przetwor żelazowy podawać przez kilka miesięcy.

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie Komisyi edukacyjnéj o wniosku posła Dra Majera w przedmiocie stosunku Uniwersytetu, a mianowicie jego klinik do szpitala św. Łazarza w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

Trzeci wreszcie ustęp wymaga: ażeby w moc deklaracyi Wydziału krajowego z dnia 20 października 1870 r. L. 13490 złożonéj Ministerstwu oświecenia, umieszczenie kliniki chorób syfilitycznych i skórnych w szpitalu św. Łazarza za obowiązujące uznane zostało.

Dla objaśnienia rzeczy, o którą idzie w tym ustępie, Komisyja podaje następujący pogląd historyczny.

W moc rozporządzenia Ministerstwa stanu z dnia 8 lipca 1863 r. l. 6751/626 upoważnionym został ówczesny docent w Uniwersytecie, Dr. Rosner, do zajęcia części oddziału syfilitycznych w szpitalu św. Ducha, składającéj się z 2 sal o 20 łóżkach, celem wykładania tamże nauki o chorobach syfilitycznych i skórnych, co dało właściwie zawiązek odpowiedniéj klinice.

Kiedy w r. 1870 Wydział lekarski i Senat akademicki Uniw. Jagiell. wnieśli prośbę do Ministerstwa oświecenia o zaprowadzenie czyli tak zwane systemizowanie katedry chorób syfilitycznych i skórnych, Ministerstwo oznajmiło reskryptem z d. 9 września 1870 r. L. 8084, że zgodzić się może na to jedynie po otrzymaniu pewnéj rękojmi ze strony władzy, do któréj to odtąd należało, że jedna część lokalności przeznaczonych dla chorych w szpitalu św. Ducha urządzoną będzie odpowiednio, i oddaną do użytku kliniki chorób syfilitycznych i skórnych; tudzież że zgodzi się na to, iżby ten oddział oddany został pod kierownictwo mianowanego przez najwyższą władzę naukową przełożonego kliniki, któryby jedynie jako lekarz oddziałowy podlegał Dyrekcyi szpitala.

O tym reskrypcie ministeryjalnym Namiestnictwo zawiado-

miwszy Senat akademicki, poleciło równocześnie staroście w Krakowie, ażeby spólnie z nim przeprowadził na miejscu odpowiednie rokowania, a następnie złożył Namiestnictwu sprawozdanie z dołączeniem wniosku. Komisyja w tym celu wyznaczona, po oświadczeniu dyrektora szpitali, że fundusz krajowy, skutkiem oddania części oddziału syfilitycznych na cele naukowe i dydaktyczne w r. 1863, na żadne wydatki przekraczające normę szpitalną narażony nie został, ani w przyszłości w skutek systemizowania kliniki narażonym nie będzie, uchwaliła w dniu 1 października 1870 r. przedłożyć Namiestnictwu następujące sprawozdanie:

a) klinika chorób syfilitycznych i skórnych może być urządzona w szpitalu św. Ducha;

b) ma się ona składać z 20 łóżek, po 10 dla mężczyzn i kobiet;

c) zachodzi potrzeba odpowiedniéj sali naukowéj, która wszakże, ze względu na szczupłość miejsca w szpitalu św. Ducha, obecnie urządzoną być nie może, w razie jednak wybudowania gmachu szpitalnego będzie staraniem Wydziału lekarskiego pozyskanie w nim jednéj sali wykładowéj dla katedry chorób syfilitycznych i skórnych;

d) dyrygujący kliniką winien ordynować według normy obowiązującéj lekarzy szpitalnych.

Na podstawie tego sprawozdania złożył Wydział krajowy pod dniem 20 października 1870 r. L. 13490 żądaną przez Ministerstwo deklaracyję, mocą któréj zobowiązał się umieścić klinikę chorób syfilitycznych i skórnych w szpitalu św. Ducha, urządzić ją i odpowiednio utrzymywać. W moc téj deklaracyi, najwyższem postanowieniem z dnia 31 stycznia 1871 r. utworzoną została osobna katedra chorób syfilitycznych i skórnych.

Stosunki te odtąd o tyle tylko się zmieniły, że kliniczny oddział chorób namienionych, razem z resztą tych chorych, przeniesiony został w kwietniu r. 1879 ze szpitala św. Ducha do św. Łazarza; co oczywiście na układ dawniejszy żadnego wpływu mieć nie mogło.

Jakby wynikało z tego toku pertraktacyj, a równie z informacyi otrzymanéj od Wydziału lekarskiego w Krakowie, nie było nigdy mowy o płaceniu czynszu rocznego za umieszczenie kliniki chorób skórnych i syfilitycznych w szpitalu św. Ducha. Tymczasem w sprawozdaniu Wydziału krajowego (str. 134) czytamy, że odezwą swoją do Namiestnictwa z dnia 30 sierpnia 1878 r. żądał on z tego tytułu rocznéj opłaty w ilości 300 złr. a gdy odpowiedzi na to nie otrzymał, odezwą swoją z dnia 1 kwietnia 1879 wezwał ponownie Namiestnictwo do poczynienia stósownych kroków gdzie należy, z dodaniem, że gdyby czynszu odmówiono, zmuszonym będzie miejscowość przez klinikę zajmowaną, zająć napowrót na rzecz szpitala, któremu mimo wybudowania nowych pawilonów brak miejsca uczuwać się daje.

Komisyja edukacyjna widzi w tém znowu chwalebną staranność Wydziału o fundusze szpitalne, zadaje sobie jednak pytanie, czyli w tym razie pewnéj miary ona nie przechodzi?

W istocie bowiem przy początkowych pertraktacyjach o umieszczenie kliniki jeszcze w szpitalu św. Ducha mowy nie było i być nie mogło o opłacie czynszu, z tego powodu, że klinika owa nie była czém inném, jak częścią całego szpitalnego oddziału chorób skórnych i syfilitycznych, że zatém nie pociągała za sobą żadnego przyrostu wydatków z krajowego lub szpitalnego funduszu, a to tém bardziéj, że nawet nauczyciel w ordynacyi swojéj był obowiązany stósować się do normy szpitalnéj. Ponieważ przez przeniesienie całego oddziału chorych w mowie będących ze szpitala św. Ducha do św. Łazarza stosunek kliniki do reszty oddziału w niczém się nie zmienił, nie ze wszystkiém więc Komisyja zdać sobie może sprawę, dla czego miałoby to być powodem żądania opłaty czynszu, którego przed tém nie wymagano?

Jeżeli powodem do żądania czynszu byćby miała myśl przysparzania funduszu na przypadkową potrzebę rozszerzenia budynku, którego szczupłość ma się dawać uczuwać, to właściwiéj byłoby w danym razie zażądać subwencyi rządowéj, niż wbrew d e k l a r a c y i d a w n i e j s z é j domagać się obecnie opłaty tytułem komornego.

Gdyby atoli tkwić w tém miała myśl uwidocznienia i zapewnienia tytułu własności, to wystarczyćby do tego mogło oświadczenie, że Wydział krajowy kwotę, jaka tym tytułem przypadałaby szpitalowi z pobierania czynszu z funduszu edukacyjnego, przeznacza na zasiłek budowy pawilonów, kosztem Rządu wystawić się mających, którego to zasiłku, jak wiadomo z ustępu pierwszego, domaga się Ministerstwo.

W téj to myśli zredagowany wniosek Komisyja będzie miała zaszczyt poddać uchwale Wysokiego Sejmu, rozszerzając go jeszcze względem na potrzebę sali wykładowéj.

Salę tę posiadała klinika w szpitalu św. Ducha od r. 1872. Oddał ją do tego użytku dyrektor szpitalny, uważając za rzecz niewłaściwą, żeby wykłady połączone z przedstawianiem chorych według potrzeby całkowicie obnażanych, tudzież badania chorych syfilitycznych, odbywały się w obecności innych chorych, między którymi znajdują się i dzieci. Ten jednak wzgląd nie może dawać tytułu do bezpłatnego użycia w tym celu sali i przy teraźniejszém umieszczeniu kliniki; oddanie bowiem sali do wykładów nastąpiło wprawdzie z wiadomością ówczesnego referenta w Wydziale krajowym, jednakże bez zadeklarowania się w téj mierze samego Wydziału, a nadto z wyraźném zastrzeżeniem ze strony dyrektora szpitala, że klinika winna tę salę odstąpić każdego czasu zarządowi szpitalnemu, gdyby się okazała potrzebną dla chorych.

Ponieważ potrzeba takiéj sali jest niezbędną dla kliniki, tak z powodów wyżéj namienionych, jak prócz tego dla niemożności pomieszczenia w salach przez chorych zajętych inwentarza klinicznego; z drugiéj zaś strony Wydział krajowy nie jest zobowiązany żadną deklaracyją dostarczać jéj bezpłatnie, powinien zatém ułożyć się w téj mierze według słuszności z rządowemi władzami.

Po tym całym wywodzie Komisyja edukacyjna przedstawia ostatecznie następujące wnioski:

W y s o k i S e j m r a c z y u c h w a l i ć:

1. Upoważnia się Wydział krajowy, ażeby część gruntu, będącego własnością szpitala św. Łazarza w Krakowie, około jednego morga wynosić mogącą, odstąpił bezpłatnie pod 2 pawilony kliniczne, kosztem Rządu wystawić się mające;

2. Wydział krajowy złoży oświadczenie gotowości przyjęcia napowrót kliniki dzieci do szpitala św. Łazarza i takiego téjże umieszczenia, jakie miała przed przeniesieniem jéj w moc układu z r. 1876 do wystawionego przez prywatne Towarzystwo szpitala św. Ludwika: a to w tym razie, gdyby z jakiegobądź powodu w tym ostatnim zostawać nie mogła;

3. od żądania opłaty czynszowéj za umieszczenie kliniki chorób skórnych i syfilitycznych w szpitalu św. Łazarza Wydział krajowy odstępuje, uważając ją za ekwiwalent wymaganego przez Rząd zasiłku na budowę kosztem funduszu edukacyjnego 2 pawilonów klinicznych;

4. upoważnia się Wydział krajowy od ułożenia się z Rządem względem wynagrodzenia za odstąpienie w szpitalu św. Łazarza sali wykładowéj dla kliniki chorób skórnych i syfilitycznych.

Lwów dnia 10 lipca 1880.

Zastępca przewodniczącego:	Sprawozdawca
Stupnicki.	*Dr. Majer.*

* C. k. K r a j o w a R a d a z d r o w i a w odpowiedzi na zapytania Wys. Namiestnictwa powzięła następujące uchwały: ze względów zdrowotnych należy raz na zawsze usunąć fosfor biały przy wyrabianiu zapałek i zastąpić go fosforem czerwonym, nie posiadającym w tych samych warunkach własności trujących; Rada zdrowia wnosi, ażeby wpłynąć na wprowadzenie wyrobu zapałek szwedzkich, nie posiadających własności trujących, a trudnozapalnych. Oświadczono się przeciw uwzględnieniu prośby aptekarza z Wilamowic o przeniesienie apteki do Oświęcima. Na zapytanie Ministerstwa spraw wewnętrznych o zdanie kraj. Rady zdrowia czy i o ile należałoby utrudnić lub zupełnie wzbronić wydawania leków na recepty już poprzednio ekspedyjowane, ze względu że Ministerstwo poleca zawezwać do narady i innych lekarzy praktycznych, uchwaliła Rada zdrowia przedstawić wpierw wniosek Namiestnictwu udzielenia téj tak ważnéj sprawy obu Towarzystwom lekarskim w kraju istniejącym do zaopinijowania.

(*G.*) M i ę d z y n a r o d o w y k o n g r e s h i g i j e n i c z n y (IV z kolei) odbędzie się w roku bieżącym w dniach od 5 do

11 września w Turynie. Podzielonym będzie na 10 oddziałów poświęconych: 1) ogólnéj i międzynarodowéj higijenie, 2) higijenie prywatnéj, 3) higijenie zawodowéj, 4) higijenie szkolnéj i higijenie dzieci, 5) higijenie rolniczéj, 6) higijenie przemysłowéj, 7) higijenie weterynarskiéj, 8) higijenie wojskowéj i higijenie okrętów, 9) środkom ratowania, 10) higijenie budowniczéj i chemii higijenicznéj.

Kongres ten poprzedzi międzynarodowy kongres dobroczynności publicznéj, który ma się odbyć w dniach od 29 sierpnia do 4 września.

(*G.*) Niemieckie stowarzyszenie zdrowia publicznego odbędzie w tym roku swe 8me zebranie w Hamburgu w dniach od 13 do 15 września. Obrady toczyć się będą nad następnemi przedmiotami: 1) Czego wymagać należy ze stanowiska higijenicznego od przytułków nocnych (*Schläferherbergen*). (Sprawozdawcy Dr. Goltdammer z Berlina i radca miejski Hendel z Drezna). 2) Nad przechowywaniem pokarmów (sprawozdawcy Dr. Rubner asystent zakładu fizyjologicznego w Monachijum i Doc. Dr. Renk z Monachijum). 3) Nad higijeną okrętów (sprawozdawca fizyk Dr. Reineke z Hamburga). 4) Nad opalaniem i przewietrzaniem (sprawozdawcy: Inżynier Rietschel z Drezna i jeneralny lekarz Dr. Roth z Drezna).

Statystyka epidemij. W tygodniu 29 tj. do 17 lipca br. ospa utrzymywała się w Londynie w jednakowém nasileniu. Umarło 3, leczyło się w szpitalach 209, świeżo zapadło 30. W Paryżu umarło 37, w Pradze 15, w Maladze 6, w innych miastach o wiele mniéj umarło, jak w poprzednim tygodniu. W Petersburgu umarło z duru brzusznego 50, z duru osutkowego 40, z powrotnego 17. W Berlinie umiera jeszcze wiele z płonicy, dławca i nieżytu kiszkowego, z którego zresztą i w Budapeszcie, Paryżu, Londynie i Petersburgu znacznie więcéj padofiarą. W tygodniu 30 umarło w Krakowie: 6 z ospy, 1 z płonicy, 1 z dławca a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 1 duru brzusznego, 1 osutkowego, 1 płonicy, 2 czerwonki, 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 29, tj. do dnia 17 lipca, umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 31,8; w Warszawie 29,1; w Poznaniu 29,3; w Wiedniu 26,8; w Budapeszcie 34,2; w Pradze 43,1; w Berlinie 39,8; w Wrocławiu 50,1; w Monachium 37,8; w Dreźnie 28,3; w Lipsku 30,3; w Bazylei 25,5; w Brukseli 19,6; w Amsterdamie 25,3; w Hadze 18,5; w Paryżu 22,6; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 23,4; w Stokholmie 28,7; w Chrystyjanii 26,7; w Petersburgu 52,4; w Rzymie 24,2; w Wenecyi 25,1; w Bukareszcie 25,2; w Barcelonie 25,7; w Aleksandryi 46,8; w Nowym Jorku 33,1; w Bombayu 27,8. w Madrasie 37,1. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 sierpnia. Otrzymaliśmy 1 i 2 zeszyt VI rocznika *Rivista sperimentale di medicina legale*, wychodzącéj w Reggio (Emilia). W zeszytach tych prócz dokończenia życiorysu prof. Liviego, zmarłego przedwcześnie założyciela pisma, znajdujemy obszerną pracę doświadczalną niezmordowanego prof. Tamassii, odnoszącą się do morfologii tkanin gnijących, a w szczególności do wątroby gnijącéj; daléj rozprawę prof. Selmiego o poszukiwaniu fosforu w moczu w otruciu, uwagi Dra Pellacagniego, asystenta przy katedrze anatomii patolog. w Modenie, nad działaniem trującém wymoczonych we wodzie organów świeżych, kilka pięknych orzeczeń sądowolekarskich i psychijatrycznych, daléj uwagi nad projektem ustawy karnéj przez proff. Crecchio i Tamassię, wreszcie liczne sprawozdania z prac obcych, oceny dzieł i nekrologiję.

Poraz wtóry podnosimy, że redakcyja tego pisma jest znakomitą, i że pismo to bez porównania ma większą wartość od *Annales d'hygiène*, a nawet ubiegło już znacznie najlepsze czasopismo fachowe niemieckie: *Vierteljahrschrift f. ger. Medicin* w Berlinie wychodzące. Jeżeli Włosi i w innych dziedzinach nauki lekarskiéj podobne robią postępy, natenczas znajomość języka włoskiego okaże się wkrótce koniecznie potrzebną i dla nas i dla tego zwracamy uwagę kolegów młodszych na potrzebę obznajomienia się z tym językiem.

Pomiędzy sprawozdaniami z prac obcych, z któremi spotykamy się w tych zeszytach, właśnie pocztą wprost z drukarni otrzymanych, znajdujemy kilka, które już dawno czytelnicy nasi poznali z Przeglądu Lek., a mianowicie Brouardela uwagi nad śmiercią przez spalenie (w tygodniku naszym Nr. 2 z roku 1879), Joanneta o włosach ludzkich (w tymże samym numerze), Lessera o próbie usznéj (Nr. 4 z r. 1879), Lessera o śmierci z oparzenia i Hofmanna nowe wydanie medycyny sądowéj (w roku bieżącym). Możemy więc pochwalić się w obec naszych czytelników, że, jakkolwiek pismo nasze nie jest specyjalném, nie zalegamy przecież pola w podawaniu wiadomości o pracach ważniejszych.

* W numerze dzisiejszym podajemy dokończenie sprawozdania Sejmowego o wniosku prezesa Majera; uwagi nad wnioskiem tym i uchwałą podamy późniéj przy sposobności.

* Powszechnie u nas znany lekarz w uzdrowisku Goerbersdorfie Dr. Alfred Sokołowski bronił swą rozprawę pod tytułem „*Quelques remarques sur les complications laryngées de la phthisie pulmonaire*" przed Wydziałem lekarskim w Paryżu, w celu otrzymania stopnia doktorskiego na tamtejszéj wszechnicy.

(△) Dnia 2go bm. żegnało kółko lekarzy szpitala św. Łazarza, do których przyłączyło się kilku innych lekarzy z miasta jakoteż i z prowincyi, odjeżdżającego na posadę Dyrektora w zakładzie kulparkowskim Dra Gustawa Neussera wspólną ucztą w hotelu „Victoria."

* Lekarz sztabowy Dr. Konstantyn Heumann, krakowianin, mianowany został kierownikiem szpitala garnizonowego w Krakowie.

(*G.*) Prof. Frithiof Holmgren z Upsali ogłasza w dziennikach szwedzkich że pewien miłośnik nauk oddał mu do rozporządzenia 2000 koron (2250 mk. koło 1350 złr.), które mają być użyte na trzy nagrody (po 1000 koron, 600 koron i 400 koron) dla tego lub tych, którzy po dzień 1 czerwca 1881 „najpierw wykryją i prof. Holmgren do bliższego zbadania przekażą osobę, któraby posiadając co do jednego oka prawidłowe poczucie barw na drugim dotkniętą była zupełném typowym i wrodzonym brakiem poczucia barw." Kto trzy takie przypadki najpierw wykryje otrzyma wszystkie 3 nagrody, zastrzega się jednak w tym razie jako warunek, aby przynajmniéj dwa przypadki co do ślepoty barwnéj odmiennego były rodzaju. (*D. m. W.*)

* **Paryż**. Rząd udzielił Pasteurowi sumę 50.000 franków na wykończenie badań nad chorobami infekcyjnemi zwierząt.

* W Cieplicach czeskich do d. 21 bm. bawiło gości kąpielowych 8076.

+ **Karlsbad** 31 lipca. Do dziś dnia było osób 20,211, o 1658 więcéj niż do tegoż dnia r. z. 25 sierpnia po południu ulewny deszcz przez $\frac{1}{2}$ godziny przy ciepłocie 18° R.; 26 sierpnia burza wieczorem $1\frac{1}{2}$ godziny trwająca przy ciepłocie 15° R.; 27 sierpnia ciepły deszcz przez cały dzień, temperat. 14° R.; zresztą piękna pogoda przy średniéj ciepłocie 16° R.

* **Mianowania i odznaczenia**. Podczas uroczystości narodowéj w d. 14 lipca rb. w Paryżu otrzymali lekarze Alf. Guérin i Germ. Sée krzyż komandorski, Chauveau i Regnault krzyż oficerski, a Grimaux, Ball, Morel i Brown-Séquard krzyż kawalerski orderu legii honorowéj.

Nekrologija. W Medyjolanie umarł prof. G. Polli, któremu zawdzięcza nauka cenne doświadczenia nad środkami odwietrzającemi zwłaszcza kw. siarkawym i borowym, które uważał za środki zdolne do powstrzymania fermentacyi w ustroju. Był on zwolennikiem gorliwym palenia zwłok i dokładał téż starań, aby rozpowszechnił się ten zwyczaj. Zwłoki jego zostały spalone w aparacie, który za jego powodem zbudowano w Medyjolanie w r. 1875 i oddano na użytek w styczniu 1876 a od tego czasu spalono w nim ciała 68 osób.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 31: Dunina: Spostrzeżenia nad epidemiją tyfusu powrotnego (c. d.); Heimana: Sprawozdanie z czynności chirurg. szpitalnéj za r. 1879.

Redakcyja otrzymała:

Dr. A. SOKOŁOWSKI. Quelques remarques sur les complications laryngées de la Phthisie Pulmonaire.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w **Austryi** 8 złr. 80 c.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 14 sierpnia 1880. **№ 33.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. Z pracowni prof. Dra Browicza w Krakowie. MARS. O przechodzeniu istot upostaciowanych z krążenia matki do krążenia płodu. — II. DOMAŃSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. (C. d.) — III. *Oceny i sprawozdania*: LICHTHEIM i ANDEER. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Posiedzenie Tow. lek. krak. (Dok.) — V. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. Z pracowni prof. Dra Browicza w Krakowie.

O przechodzeniu istót upostaciowanych z krążenia matki do krążenia płodu.

Podał Dr. A. Mars,
Asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj Uniw. Jag.

Przechodzenie istót molekularnych przez ściany naczyń prawidłowych jest faktem dostatecznie znanym. Wstrzykując barwiki w naczynia znajdujemy je po krótszym albo dłuższym czasie po za obrębem naczyń w tkance okolicznéj, a mianowicie tych narządów, które obfitują w naczynia, i w których krążenie już fizyjologicznie jest nader wolne, jak: śledziona, wątroba, szpik kostny. (Cohnheim. Virchowa Archiw 40, 1867. Ponfick, Virchowa Archiw 48. 1869. Hoffmann i Langerhaus, Virchow Archiw. 48, 1869. Arnold i Thoma. Virchowa Archiw, 62, 1874 i 64 1875).

W przypadkach, gdzie znaczna ilość tłuszczu dostaje się w krążenie, spotykamy się z tłuszczem w odstępach peryjodycznych w moczu, dokąd tenże przez ściany naczyń kłębki Malpighiego tworzących przechodzi (Scriba: *Untersuchungen über die Fettembolie. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XII.* S. 117 1879).

W przebiegu chorób infekcyjnych, w których twory pasorzytnicze w skład wytworów zapalnych wchodzą, spotykamy się w nerkach a mianowicie w cewkach moczowych z tymiż tworami będącymi punktem środkowym ognisk zapalnych. Twory te dwojaką jak wiadomo drogą dostawać się mogą do cewek moczowych, a mianowicie: albo za pomocą dróg moczowych obwodowych w przypadkach zapaleń pęcherza moczowego, moczowodów lub miedniczek nerkowych, lub też w braku tychże zmian zapalnych musimy je uważać jako wydzielone przez ściany naczyń kłębków Malpighiego. Ze złogami takimi spotykamy się w tak zwanéj *nephritis bacterica* pojawiającéj się np. w przebiegu dyfteryi (Cohnheim. *Allgemeine Pathologie* S. 399).

Istoty molekularne rozmaitéj jakości przechodzą więc przez ściany naczyń włosowatych krwionośnych.

Odmienne atoli aniżeli gdzieindziéj spotykamy stósunki anatomiczne w łożysku pośredniczącém w wymianie istót między matką a płodem. Zdania autorów w téj mierze nie są jeszcze zupełnie zgodne i tak: Winkler a z nim wielu autorów twierdzą, że krew płodu w łożyskowém krążeniu jest oddzieloną od matczynéj najpierw przez ścianę naczynia płodowego, istotę trzęską galaretowatą międzynaczyniową, pokład nabłonkowy, daléj błonę bezpostaciową należącą do łożyska matczynego, a po za tą ostatnią znachodzi się krew matczyna jużto w naczyniach, już też wolno między zraziki łożyskowe się wylewająca. Kölliker zaś w dziele swojém: *Entwicklungs geschichte des Menschen* 1879, str. 331 — 342 inaczéj te stósunki przedstawia, a mianowicie mówi, że naczynia końcowe płodowe w zrazikach łożyskowych dochodzą bezpośrednio do warstwy nabłonkowéj, po za którą według niego nie istnieje wcale żadna błona bezpostaciowa, a ci, którzy ją widzieli, ulegali złudzeniu, albowiem na preparatach spirytusowych starych albo po użyciu kwasu octowego warstwa powierzchowna nabłonka łatwo w płatach oddzielić się daje (334), na któréj to sztucznie utworzonéj błonie punkciki a nie prążki są czasami widoczne. Ponieważ zaś, jak daléj mówi (341), naczynia matczyne wylewają się w przestwory międzyzrazikowe, zatém pęczki kosmków kosmówki wolno sterczą do przestworów, w których krew matczyna krąży. To też na str. 335 mówiąc o naczyniach płodowych w łożysku podnosi okoliczność, że ściany tychże same przez się nader są cienkie, albowiem posiadają tylko typową warstwę komórkową i ztąd, uwzględniając przez siebie podane stosunki anatomiczne wyprowadza wniosek: „że skoro kosmki, cieczą macierzyńską bezpośrednio są oblane, przechodzenie różnych istót do naczyń włosowatych płodowych beż trudności odbywać się musi“.

W myśl prawdopodobnie mniemania Winklera i innych wyrobiło się mniemanie u autorów, że łożysko stanowi dokładną przegrodę pomiędzy krążeniem płodu a krążeniem

matki uważając utkanie międzynaczyniowe jako pewny aparat sączkowy, przez który przechodzą istoty niezbędne do odżywiania płodu drogą dyfuzyi, inne zaś powstrzymane bywają.

Jak to poniżéj wykazać będziemy się starali, znane są jednakowoż liczne fakta, które dowodzą, że pewne sprawy chorobowe, a w szczególności choroby infekcyjne, mogą się udzielać płodowi podczas ciąży i to tak, że płód przebywa równocześnie z matką sprawę chorobową, przyczém pojedyncze okresy chorobowe tak u matki jak i u płodu albo się nawzajem schodzą albo też przedstawiają różnicę okresową, albo co więcéj, że płód ulega zakażeniu mimo braku objawów ze strony matki, lub że odwrotnie, jak niektórzy np. Zeissl podają, sprawa chorobowa z płodu na matkę przenosić by się mogła.

Na występowanie spraw zapalnych u płodu zwrócił pierwszy uwagę Fernelius (1497 — 1558), jak to podaje Perls w swojém dziele: *Lehrbuch d. allgm. Pathologie* II B. S. 264. Póżniéj porobiono co do pewnych chorób następujące mniéj więcej pewne spostrzeżenia i tak: znane są nader liczne przypadki, w których płody urodzone z matek, które przebyły ospę w czasie ciąży, okazywały ślady przebycia téj choroby albo rodziły się z jéj objawami. Curschman (*Variola Ziemssens. Handb.* II 2, p. 305), opisuje przypadek, w którym płód urodził się ze zmianami ospy mimo, że matka téj choroby w ciąży nie przebyła.

Thomas (*Morbilli. Ziemssens Hndb.* II 2. H. p. '46), podaje wzmiankę z literatury o niewątpliwych 6 przypadkach, w których według opisu rodziły się płody z objawami cechującemi odrę, z matek; które w czasie ciąży uległy téj chorobie i cytuje autorów, którzy podobne przypadki widzieli a mianowicie z dawniejszych: Hildanus, Ledelius z nowszych: S. G. Vogel, Guersent, Clarus, Michaelsen, Seidl, Hedrich, Frank i Girtanner.

Nader wątpliwe są fakta co do płonicy i tak Thomas (l. c. na str. 167) twierdząc, że co do téj choroby udowodnienie, że zmiany u noworodka znaleziono pochodzą od płonicy, jest nader trudném, cytuje jako takich, którzy widzieli: Baillou z dzieła Noirota, daléj Ferrario, Tourtual, Gregory a wreszcie Stiebel i Hüter.

Bohn, (Gerhardts, *Hndb. d. Kinderkrankheiten* II 450) cytuje przypadki, w których dzieci nowonarodzone z matek zakażonych malaryją, rodziły się z wyraźnemi objawami zakażenia malarycznego, a mianowicie jużto okazując znaczne obrzęki śledziony, wysięki surowicze i cechujące napady. Podaje nadto autorów którzy podobne przypadki widzieli: Aubinais (*Union med.* 1851). Playfair (*Edimb. med. journ.* 1853). Duchek (*Prag Vierteljahr* 1858 Bd. IV. 95). Steiner (*Compendium der Kinderkrankheiten* 1872). Bazin (*Gaz. de hôp.* 1871, Nr. 72).

Perls (l. c. strona 265) podaje autorów: Chaussier (Lobstein *Lehrb. der pathol. Anatomie uebers.* I, p. 3), który widział u noworodka zmarłego podczas porodu całe płuca zasiane licznemi gruzełkami; Hussona, który widział takowe w wątrobie ośmiodniowego dziecka; Billarda, który spostrzegał zmiany gruźlicze w płucach i wątrobie dwóch noworodków.

Charrin (Virchow-Hirsch *Jahresb. f.* 1873 I p. 247), przytacza przypadek pod tytułem: *tuberculose généralisée chez un foetus de sept mois et demi. Lyon med.* Nr. 14. Matka tego dziecka licząca lat 29 przebyła w 4 miesiącu ciąży zap. opłucnéj, poczem wystąpiła *pneumonia caseosa*; w 30 tygodni urodziła słabe dziecko, które w 3 dni umarło. U tego dziecka znaleziono gruźlicę organów brzusznych. Matka zmarła w połogu a sekcyja wykazała gruźlicę płuc.

Co do zakażenia kiłowego zdania autorów są tak jak i w innych kwestyjach podzielone i tak: zdanie wypowiedziane w dziele Jörga (*Hndb. der Kinderkrankheiten* 1826, p. 300), że zakażenie kiłowe w czasie życia śródmacicznego płodu nieprzechodzi z matki na płód, zostało ponownie przez Kassowitza (*Vererbung der Syphilis sep. Abdr: aus d. med. Jahrbüchern* 1876) podniesione, znachodząc w nim silnego nader obrońcę. Tenże autor na str. 67 powiada: dziecko rodziców zdrowych nie będzie okazywało zakażenia kiłowego, jeżeli matkazostała zakażona kiłą w czasie ciąży, może ona wprawdzie przerwać ciążę, ale niemoże przenieść się na płód. Daléj powiada: Przyrzut kiłowy nie przekracza układu naczyniowego łożyskowego w żadnym kierunku; na stronie zaś 70 powiada, że zakażenie płodu kiłą przychodzi do skutku jedynie tylko przez akt płodzenia, czyli, że albo podczas spółkowania płodnego nasienie ojca było kiłowém albo jajko matki kiłowéj było kiłowém.

Do przeciwników tych zapatrywań należą, Vajda i z ostatnich czasów Caspary (*Genese der hereditären Syphilis Viertjsch. f Dermat. u. Syphilis* p. 481), który sprzeciwiając się zdaniu Kassowitza, uważa przechodzenie zakażenia kiłowego w czasie ciąży z matki na płód za możebne, a na str. 493, kończąc swą pracę wypowiada zdanie, że kwestyję tę co najmniéj za nierozstrzygniętą uważać należy. Możebność przeniesienia kiły ciężarnéj matki na płód dotąd zdrowy potwierdzają Zeissl, Guibout, Després, Basserraux, itd. Zeissl (*Wien. med. Woch.* 1880, str. 45), nadto przytacza przypadki, w których matki wśród ciąży nabywały kiły od płodu kiłą dotkniętego. W przypadkach tych atoli trudno jak dotąd rozstrzygnąć, czy przeniesienie kiły nastąpiło drogą krążenia łożyskowego czyli też przez nasienie mężczyzny.

Müller. (Gerhardts *Hndb: der Kinderkrankh.* II od 161 do 167), twierdzi, że płód ulega zakażeniu w przebiegu gorączki połogowéj, jeżeli matka temu zakażeniu ulegnie podczas ciąży. Twierdzenie to popiera spostrzeżeniami Hugenberga (*Das Puerperalfieber* 16), czynionemi podczas epidemii gorączki połogowéj w zakładzie petersburskim, okazało się bowiem, że wiele płodów rodziło się nieżywych z matek, które podczas ciąży uległy zakażeniu. Co do téj kwestyi uwzględnić jednak należy możebność zakażenia takiego także inną drogą, a mianowicie za pośrednictwem rany pępkowéj lub też za pomocą skaleczeń po założeniu kleszczy na główce powstałych.

Na poparcie możebności zakażenia śródmacicznego płodu gorączką połogową przez matkę przytaczam Hemmera (*Experimentelle Studien ueber die Wirkung faulender Stoffe auf den thierischen Organismus* 1866). Schöllera (*Experimentelle Beiträge zum Studium der septischen Infection* 1875); Hausmanna *Ueber die Entstehung uebertragbarer Krankheiten des Wochenbetts* S. 50 et 60), którzy zauważyli że po wstrzykiwaniach zwierzętom ciężarnym podskórnych cieczy gnilnych. zwierzęta zawsze roniły [1]).

[1]) Fakt ten potwierdził nam się w jedném doświadczeniu, w którém po wstrzyknięciu cieczy gnilnéj do krążenia królicy brzemiennéj, takowa w kilka godzin, nim sama zdechła, kilka płodów zrzuciła. W przypadku tym zauważono nader szybkie gnicie płodów, które tylko działaniu cieczy gnilnéj jeszcze za życia przypisać można.

Heller (*Invasionskrankheiten Ziemssens Hndb.* III. 2. *Auflg.* 329) przytacza nie bardzo pewny przypadek przejścia wieńcogłówki z matki na płód. Przypadek ten opisał: Cruvellhier (*Traité de anat. pathol.* XXXVII, p. 4. Text p. 6 Heller (l. c. p. 399) twierdzi, że we włosienicy powstaje prawie zawsze poronienie, nie znaleziono jednak dotąd nigdy tych pasożytów u płodu, który jak powiada, może być donoszony.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

V.

16. Lubo kiła mózgu, jak to wypada z anatomii patologicznéj a stwierdza doświadczenie, może rozpoczynać się każdém zboczeniem czynnościowém, to jednakowoż przekonać się można, iż w znacznéj przynajmniéj liczbie przypadków ukazują się jedne objawy wcześniéj, inne późniéj, że pierwsze zazwyczaj są lżejsze, gdy drugie cięższéj zagrażają przyszłości. Z powodów przeto czysto praktycznych przystąpimy naprzód do opisania przypadów początkowych.

17. Jednym z nich jest ból głowy.

Ból ten, który pojawia się na pozór bez żadnéj widocznéj przyczyny, dodajmy do tego, po największéj części u ludzi również na pozór zupełnie zdrowych, co do miejsca zajmować może najrozmaitsze okolice. Prawie zawsze odnoszą go chorzy do wnętrza czaszki a nie, jak Heubner podaje, do powierzchni zewnętrznéj tj. skóry i części miękkich pod nią położonych.

Co do rodzaju, jest zazwyczaj połączony z uczuciem, albo ciężaru albo ucisku albo bicia młotem na czaszkę. Rozległość jego jest rozmaitą: bywa albo ograniczony albo rozlany. Innemi jego cechami są silne natężenie, pogarszanie się w nocy i długie trwanie.

Co do mocy, nie ma bez wątpienia bólu tak mocnego, tak gwałtownego, jak ból, o którym mowa. Doprowadza on chorych do prawdziwéj nieraz rozpaczy, nierzadko łączą się z nim pewne zboczenia psychiczne jak nadzwyczajna drażliwość i idąca za nią gwałtowność w postępowaniu, niechęć do pracy, posmutnienie, nakoniec jakoby pewne zamglenie psychiczne. Niemcy opisują to jako *Wüstsein im Kopfe*, nasi pacyjenci podają jako pewien rodzaj otumanienia, który pozwala na wszelkie czynności psychiczne, ale przecież je utrudnia i wymaga do pokonania znacznego wysilenia. Porównałbym to najlepiéj z lekkim bardzo stopniem upojenia się, w którym można wszystko robić, jak się należy a przecież ma się poczucie jakiéjś nieprawidłowéj, że tak powiem, aury w głowie. Nierzadko przychodzi do cięższych zboczeń psychicznych, w których chorzy za lada podrażnieniem wpadają w gwałtowny gniew i dopuszczają się czynów nie licujących ani z ich charakterem ani wykształceniem ani stanowiskiem.

Najczęściéj wzmaga się ból w nocy; bywa atoli i przeciwnie. Zazwyczaj chorzy przez dzień doznają albo bólu tylko nieznacznego albo owego pewnego zamglenia psychicznego a dopiero w nocy doświadczają największych dolegliwości, które im odbierają sen i w szkodliwy sposób wpływają na cały układ nerwowy.

Nakoniec wspomnieliśmy, że przerzeczony ból głowy trwa długo, utrzymując się tygodniami i miesiącami w jednéj wysokości, nierzadko bez żadnéj widocznéj przyczyny znikając i znów występując.

Te trzy znaki: jak silne natężenie, pogarszanie się w nocy i długie trwanie w tym stopniu w innych prócz kiły prawie nigdy nie trafiają się chorobach. U każdego przeto chorego, który je okazuje, należy dokładnie zbadać cały ustrój, wywiedzieć się o całą jego przeszłość, bo za zasadę można przyjąć, iż ból głowy z wspomnionemi przypadami polega na kile. Jeżeli znajdą się inne objawy kiły, mamy *mandat impératif* do energicznego leczenia przeciwkiłowego; jeżeli nie znajdą, można i należy przedsięwziąć lekkie leczenie właściwe a skuteczność jego oświeci nas prawie na pewne o znaczeniu owego bólu głowy i wskaże nam dalszą drogę do rokowania i leczenia.

Pod względem przebiegu zasługuje na uwagę, że ból głowy może chwilowo, nieraz nawet na czas dłuższy znikać, czego przyczyny dotychczas nie znamy. Nierzadko ból głowy jest zwiastunem cięższych i nieraz nieuleczalnych zboczeń czynnościowych ze strony mózgu jak chorób umysłowych i porażeń połowiczych.

18. W wielu razach, lubo nie zawsze, występuje obok bólu głowy bezsenność nader uporczywa. Bezsenność ta jest albo następstwem bólu głowy, zwłaszcza, jeżeli ten, jakeśmy już powiedzieli, wzmaga się w nocy, albo występuje samodzielnie bez żadnéj widocznéj na pozór przyczyny i jest nawet bardzo upoczywą, co samo przez się, zważając na wiek, w którym najczęściéj pojawia się kiła układu nerwowego, powinno skłaniać do dokładnego zbadania całego ustroju chorego.

19. Po dłuższém lub krótszém trwaniu tych przypadów ukazują się zboczenia czynnościowe, które, ponieważ pojawiają się bądź razem, bądź w krótkich odstępach czasu, możemy tu razem omówić. Całemu temu szeregowi zboczeń nadaje Fournier miano kiły nawałowéj (*forme congestive*) raz dla tego, by zaznaczyć, iż te zboczenia ze stanowiska klinicznego stanowią pewną całość, powtóre, by wyrazem tym określić podobieństwo do podobnych zboczeń czynnościowych ze zupełnie innéj przyczyny, które słusznie czy niesłusznie odnosimy do nawału krwi do mózgu. Że ten wyraz przez Fourniera użyty pod względem anatomicznym i patofizyjologicznym niczego nie przesądza, łatwo pojmie każdy, kto zastanowi się nad anatomiją patologiczną kiły układu nerwowego; owszém nawet z wielkiém podobieństwem do prawdy można powiedzieć, iż szereg zboczeń oznaczonych mianem formy nawałowéj polega nie na nawale, lecz przeciwnie na braku lub niedostatecznym przypływie krwi. Wiadomo zresztą zkądinąd, że układ nerwowy może w podobny bardzo sposób oddziaływać tak na nadmiar jak i na brak krwi, jak tego np. dowodzi trudność odróżnienia nieraz niedokrewności od przekrwienia mózgu, istnienie bólu głowy połowiczego ze zwężeniem lub rozszérzeniem naczyń tętniczych itd.

Forma nawałowa kiły objawia się zboczeniami czynnościowemi bądź przelotnemi, bądź mniéj więcéj stałemi.

Do pierwszych liczymy:

Zawroty głowy i pewien rodzaj odurzenia. Pierwsze nie mają w sobie nic charakterystycznego prócz tego chyba,

że są nieraz bardzo uporczywe, przykre a nierzadko występują peryjodycznie np. w tychże samych porach dnia.

Odurzenie objawia się pewnym jakoby rodzajem lekkiego upojenia, które wpływa oczywiście na osłabienie czynności psychicznych a mianowicie zmniejsza pojętność i wrażliwość na bodźce zewnętrzne.

Upośledzenie wzroku i słuchu. Chorzy uskarżają się albo że nie widzą dokładnie tylko jakby przez mgłę lub wodę albo że im coś oczy zasłania. Zboczenia słuchu są bez porównania rzedsze, jako podmiotowe słyszenie brzmień rozmaitych: szumu, brzęczenia, dzwonienia w uszach.

Ze strony psychicznéj pojawiają się chwilowe napady niezupełnéj przytomności, tak, że chorzy nie mogą sobie nieraz zdać sprawy z tego, co robią, a w rozmowie podobni są nieraz do roztrzepanych, którym trzeba toż samo kilka razy powtarzać, a którzy mimo tego nie mogą nieraz pojąć, o co chodzi.

W sferze ruchowéj przedewszystkiém uderza zmiana mowy: chorzy mówią powoli, z dźwiękiem głosu nieraz widocznie zmienionym, przekręcają wyrazy a co do ruchów całego ciała, okazują trudność utrzymania równowagi przypominając nieraz bardzo wyraźnie pijanych.

Zboczenia te w ogólności rozwijają się powoli, długo są nie postrzeżone nawet przez osoby najbliższe chorych i dopiero doszedłszy do pewnego stopnia skłaniają do szukania pomocy lekarskiéj tém więcéj, że chorzy nie zdają sobie samym dokładnie sprawy ze swego stanu a nawet wręcz nieraz oświadczają lekarzowi, że nic im nie brakuje.

Z postępem czasu i choroby zostawionéj saméj sobie zboczenia, które dotąd występowały w napadach, stają się ciągłemi. Chorzy doświadczają ciągle ciężkości głowy, utrudnienia w myśleniu i pojmowaniu, zawrotu głowy, osłabienia w ruchach a newet w koordynacyi tak, że robią wrażenie ciągle pijanych. Ze strony przewodu pokarmowego pokazuje się pewne zwolnienie ruchów robaczkowych, ze strony narządu moczopłciowego osłabienie pęcherza moczowego i erekcyi tak, że nieraz na długie miesiące przed pojawieniem się cięższych przypadów chorobowych nie mogą spółkować w sposób należyty.

Ten stan, który nie łatwo już uchodzi uwadze osób chorego otaczających, pogarsza się w wielu przypadkach nagle przez występy zboczeń psychicznych, napadów epileptycznych, porażeń lub afazyi. Zachowując sobie do późniejszego czasu omówienie dokładniejsze tych zboczeń zwracamy uwagę, iż te porażenia występują zazwyczaj nagle, nierzadko wśród przypadów apoplektycznych i są albo bardzo przelotne albo mijają po stósunkowo krótkim czasie albo wreszcie trwają cokolwiek dłużéj. Przelotne znikają nieraz po kilku lub kilkunastu minutach nie zostawiając najmniejszego śladu po sobie. Inne trwają dłużéj: dzień i dwa i albo mijają również bez śladu albo zostawiają po sobie pewien niedowład mniéj lub więcéj wyraźny.

Najczęściéj występują porażenia nerwu okoruchowego, odwodzącego, twarzowego, językowego, tudzież porażenia połowicze ręki i nogi.

Apoplexyja występuje, jak słusznie zauważył Fournier, w dwojakiéj postaci: raz jako uderzenie z osłabieniem i utratą władzy w całém ciele bez utraty przytomności, co wkrótce przemija, albo jako zupełny napad apoplektyczny, tém tylko różniący się od apoplexyi z pęknienia naczynia lub zatoru tętnicy, iż objawy jego wkrótce przemijają. W wielu przypadkach uderzenie z osłabieniem poprzedza apoplexyią jako formę cięższą. Jedne i drugie odznaczają się skłonnością do recydyw. Tak np. obserwowałem chorego, u którego napad apoplektyczny bez utraty przytomności pojawiał się prawie codziennie i to rzecz dziwna, prawie zawsze o téj saméj godzinie. U innego chorego napady apoplektyczne występowały kilka razy na tydzień z utratą przytomności z początku całkowitą, późniéj częściową i porażeniem połowiczém.

Ważną jest rzeczą, że jakkolwiek napady apoplektyczne pojawiają się zazwyczaj dopiero w dalszym ciągu kiły mózgowéj, bywają od tego nierzadkie wcale wyjątki, w których napady te występują niespodziewanie prawie jako pierwszy objaw choroby, o któréj mowa, w których śpiączka (*coma*) jest najpierwszym zjawiskiem ostrzegającém o wielkiém niebezpieczeństwie. Co więcéj, można nawet uważać za prawidło, że każda śpiączka u ludzi młodych, u których nie można wykryć lub przypuszczać innéj choroby mózgowéj, polega najpodobniéj do prawdy na kile, co dla rokowania i leczenia oczywiście największéj jest wagi. Brak wszelkich nawet innych oznak kiły w takich razach uprawnia najzupełniéj do energicznego leczenia przeciwkiłowego tém więcéj, że znane są, lubo na szczęście rzadkie przypadki, w których śpiączka była jakoby pierwszym a zarazem i ostatnim objawem choroby, z któréj chorzy już nigdy nie przyszli do przytomności lub ją odzyskiwali tylko po części i chwilowo ginąc wśród powolnego ustawania czynności żywotnych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Lichtheim i Andeer: **O resorcynie.**

W najnowszym czasie zwraca na siebie uwagę nowy lek przeciwgnilny i przeciwgorączkowy, t. zw. resorcyn otrzymywany z żywic zwłaszcza z *resina galbanum*, z składem chemicznym zbliżony bardzo do fenolu. Doświadczenia Andeera robione z resorcynem jako środkiem przeciwgnilnym wykazały, ze w 1% rozczynie resorcynu nie gniją istoty łatwo rozkładające się, jak trzustka, krew, mocz itp., że taki sam rozczyn wstrzymuje już rozpoczęte gnicie, że wreszcie u zwierząt, u których wywołano sztucznie sprawę gnilną, działa resorcyn miejscowo tak samo przeciwgnilnie jak kwas karbolowy, nie ulegając przytém wessaniu i nie wywołując szkodliwych przypadów ogólnych tak często kwasowi karbolowemu właściwych.

Prof. Lichtheim w Bernie zachęcony własnościami przeciwgnilnemi resorcynu używał go jako leku przeciwgorączkowego i doszedł na podstawie licznych doświadczeń do następujących rezultatów: resorcyn podany choremu silnie gorączkującemu w ilości 2—3 grm. naraz wywołuje już po kilku minutach zawrót głowy i szum w uszach, twarz się zaczerwienia, oczy nabierają połysku, oddech staje się szybszy ma tętno przyśpieszonem. Po 10—15 minutach zaczyna skóra wilgotnieć a po następnych 15 minutach chory kąpie się prawie w pocie; za pojawieniem się pierwszych potów ustępują objawy podrażnienia, natomiast opada szybko gorączka tak, że w ciągu godziny może ciepłota i tętno obniżyć się do prawidłowego stanu, przyczém chory przestaje się pocić a skóra jego jest wilgotną i chłodną: obfitsze poty zapowiadają zawsze znaczniejsze obniżenie ciepłoty,

wśród nagłego obniżania się ciepłoty nie dostrzeżono w żadnym przypadku zapadu. Mocz oddany niedługo po użyciu resorcynu przybiera na powietrzu barwę ciemną, brunatno czarną; resorcyn nie wywołuje nigdy białkomoczu ani też nie zwiększa już istniejącego.

Jakkolwiek ciepłota obniża się po podaniu resorcynu niekiedy o 3° a ilość tętna zmniejsza się o trzecią część, to skutek ten nie zawsze jest stałym i pod tym względem działanie resorcynu bardzo jest podobne do innych leków przeciwgorączkowych, a mianowicie im mniejszą ma skłonność gorączka do dobrowolnego zwolnienia, tém mniéj wydatnym jest skutek leku, gorączka przy zapaleniu płuc i róży jest uporczywszą jak przy durzycach brzusznych, również uporczywą jest w początkowych okresach ciężkich durzyc, chociaż i w tych przypadkach zauważyć można obniżenie ciepłoty o 1 stopień. Obniżenie to nie trwa jednak nigdy długo a w najlepszym razie choćby ciepłota opadła o 3 stopnie, zaczyna się ona po 2 godzinach wśród dreszczyków na nowo podnosić tak, że po 3 godzinach wraca zwykle do pierwotnéj wysokości. Ta okoliczność jak i wzmiankowane powyżéj przypady podrażnienia mózgowego bezpośrednio po podaniu leku występujące a czasem groźną przybierające postać, stanowią ujemną stronę resorcynu. Bardzo często a zawsze po wielkiéj dawce popada chory w pewien stan omamienia, majaczy, ma zwidywania, mowa staje się bełkotliwą i niewyraźną, czasem przyłącza się drżenie rąk i palców. Wszystkie usiłowania Lichtheima mające na celu usunięcie tych przypadów nieprzyjemnych okazały się bezskutecznemi.

Jako lek przeciwzimniczy posiadać ma resorcyn zarówno jak Chinin własności swoiste, chociaż spostrzeżenie to dotyczy dopiero dwóch przypadków zimnicy. W przypadku 1ym podano choremu z zimnicą codzienną i znacznym obrzękom śledziony w chwili rozpoczynającego się napadu 2 gm: resorcynu; ciepłota podniosła się wprawdzie jeszcze bardzo nieznacznie ale następnych napadów nie było więcéj. U innego chorego z dawną zimnicą czwartaczką podano po stwierdzeniu trzech napadów 3 grm. resorcynu w chwili rozpoczynającego się napadu czwartego; ziębnięcie i lekkie dreszczyki rozpoczynające napad ustąpiły zupełnie a gdy po godzinie gorączka zaczęła występować, podano jeszcze 2 grm. i stłumiono napad całkowicie. W napadzie następnym wystarczyło jednorazowe podanie 2 grm. resorcynu do powstrzymania napadu, poczém zimnica nie pojawiła się więcéj. W obu przypadkach nie zmniejszył się obrzęk śledziony.

Jeżeli dalsze doświadczenia potwierdzą spostrzeżenia Lichtheima natenczas z powodu taniości i przyjemnego smaku resorcyn może zastąpić chinin, zwłaszcza że podać go można choremu w samym początku napadu, i że dawkę pierwszą można w razie potrzeby wzmocnić następnemi. (*W. mediz. Bl.* Nr. 31). *Dr. Wasylewski.*

Wiadomości pomniejsze.

(W.) Zamiast powszechnie używanéj oliwy lub maści karbolowéj przyrządzonéj z sadła lub smalcu poleca Mielck aptekarz w Hamburgu (*Berlin. klin. Woch.* Nr. 30, 1880) na rany, wrzody i powierzchnie ziarninowe po ranach operacyjnych łój barani karbolizowany *sebum ovile carbol.* tj. maść przyrządzoną z łoju baraniego i kwasu karbolowego w stosunku 4%. Maść taka podobna do maści angielskich jest zbitszą, twardszą i posiada przed naszemi zwykłemi maściami te zalety, że przylega dokładnie do rany, nie rozpływa się prędko bo topi się dopiero w temp. 40°, że z raną jest w ciągłéj styczności działając na nią leczniczo, podczas gdy nasza maść topniejąc prędko rozlewa się w około i przesiąka opatrunek a rana zamiast maścią pokryta jest płatem płótna nie zawsze czystego lub watą, która ranę drażni i do niéj przysycha. Maść Listera borowa przyrządzona z parafiny, wosku i olejku migdałowego posiada wszystkie zalety dobréj maści, ale jako droga i zbyt skomplikowana da się doskonale zastąpic maścią złożoną z 1 części kwasu borowego na 5 części łoju baraniego.

ss) Przypuszczając, że przy używanym dziś sposobie o p a t r y w a n i a r e s z t e k pępowiny, dla tego często powstają objawy zakażenia, że sposób ten niezabezpiecza od przystępu powietrza atmosferycznego, proponuje Dr. D o h r n metodę następującą. Odjąwszy w zwykły sposób pępowinę i wykąpawszy noworodka, kładzie się go na stole i zmywa szczątki pępowiny i części sąsiednie pępka 2·5% rozczynem kwasu karbolowego. Następnie podwiązuje się pępowinę nicią nasiąkłą należycie kwasem karbolowym, resztę zaś pępowiny wraz z poprzednią ligaturą odcina się.

Poczém nakłada się warstwę waty karbolowéj oraz przytwierdza przylepcem wielkości dłoni. Oprawa ta pozostaje bez zmiany aż do 7go dnia. Po oddaleniu oprawy szczątki pępowiny zupełnie lub prawie zupełnie już są oddzielone.

W miarę potrzeby można szczątki nożyczkami oddalić. Dr. D. używał oprawy téj dotychczas u 28 noworodków, u wszystkich rana goiła się bardzo dobrze. Opatrunek ten zaleca się wielką swą prostotą oraz ma tę zaletę, że przez 6 dni niepotrzebuje być zmienianym.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 24go maja 1880 w sali wykładowéj kliniki lekarskiéj.

Przewodniczący: Kol. Warschauer. Obecnych członków 20.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

Na poprzek serca przebiega w wysokości 4go żebra bruzda, która odpowiada przegrodzie przedsionkowo komórkowéj. W części zewnętrznéj téjże bruzdy widać miejsce nieregularnie trójkątne wypuklające i zapadające się nie zupełnie równocześnie z ruchami części poniżéj bruzdy położonych, które tém samém odpowiada przedsionkowi lewemu. Po nad wewnętrzną częścią bruzdy pod uczepieniem chrząstki 3go żebra widzieć a jeszcze dokładniéj wyczuć można ciało tętniejące równocześnie z tętnem sprychowém, na którém w chwili rozkurczu sercowego czuć uderzenie zupełnie odpowiadające uderzeniu zastawkowemu; ciało to nie może być niczém innném jak tylko tętnicą płucną. Samego końca sercowego w ścisłém słowa znaczeniu nie można widzieć; wymacać go można tylko wciskając palec w głąb.

Z opisu tego wynika, że warunki tak co do narządu oddechowego jakotéż co do narządu krążenia u badanéj nie są fizyjologiczne, lecz pod wieloma względami patologicznie zmienione. I tak klatka piersiowa lewa okazuje retrakcyją, górne i dolne granice płuca są również ściągnięte, płuco dotknięte niedodmą, opłucne są zrośnięte, przepona skutkiem przewagi powietrza zewnętrznego obniżona, a skutkiem tego samego wpływu płuco zamiast rozszerzać się zapada się podczas wdechu. Serce okazuje znaczną zmianę w położeniu, która zawisła przeważnie od następstw w płucu i opłucnych po sztucznéj odmie piersiowéj. Stosunki te należy więc mieć na uwadze przy tłumaczeniu zjawisk, odnoszących się do ruchów serca i nie zapominać, że się ma do czynienia z warunkami nie zupełnie fizyjologicznemi.

Przyglądając się ruchom serca w c a ł o ś c i widzieć można, że serce porusza się na kształt fali, która rozpoczyna się w oko-

licy tętnicy płucnéj, przechodzi wzdłuż osi podłużnéj serca i zajmuje także koniec serca, i że kształt téj fali podczas skurczu jest wprost odwrotny do kształtu fali podczas rozkurczu. Przypatrując się bliżéj ruchom poszczególnych części i dotykając równocześnie różne części serca, przedewszystkiem można stwierdzić, że kurczenie się i wypełnianie tętnicy płucnéj i komórek serca są czynnościami naprzemiennemi, że zapadanie się przedsionka odbywa się naprzemian z wypuklaniem się komórki, daléj że podstawa serca obniża się podczas skurczu, a co najważniejsza, że koniec serca podczas skurczu tj. podczas największego zapadania się komórek opada ku dołowi i zwraca się na stronę lewą. Komórka wiotka podczas rozkurczu, napełnia się dopiero w chwili poprzedzającéj skurcz serca, przybiera największą objętość i twardnie wyraźnie; w téj to chwili podstawa serca stoi najwyżéj, a koniec serca podnosi się najwybitniéj ku górze.

Te ostatnie szczegóły nie zupełnie dadzą się pogodzić z przyjętym ogólnie podziałem ruchów serca na skurcz i rozkurcz, odpowiadają zaś najzupełniéj teoryi Springa, który obok skurczu i rozkurczu rozróżnia przedskurcz jako chwilę czynnego rozszerzenia się komórek. U Katarzyny Serafin stwierdzić można tak oglądaniem, jakoteż obmacywaniem, że istnieje chwila poprzedzająca skurcz, podczas któréj komórka dochodzi do największego wypuklenia i równocześnie jędrnieje a koniec serca podnosi się najbardziéj ku górze. Jest to właśnie chwila przedskurczu, chwila, w któréj kurczą się mięśnie podłużne serca powiększając rozmiary komórek, czyli krótko mówiąc czas czynnego rozszerzania się komórek czyli czynnego rozkurczu. W chwili działania mięśni podłużnych koniec serca podnosić się musi ku górze, to też w przypadku naszym można widzieć i czuć dokładnie, że w chwili, kiedy objętość komórki jest największą, część odpowiadająca końcowi serca ustawiona jest najwyżéj. Na tę chwilę przypada także największe zapadanie się przedsionka. W czasie właściwego skurczu, tj. w czasie największego zapadania się i twardnienia komórek, które jest równoczesném z rozszerzaniem się tętnicy płucnéj, wraz z opadaniem podstawy serca, opada część odpowiadająca końcowi serca, w téj bowiem chwili kurczą się mięśnie okrężne, czyli mięśnie działające w kierunku prostopadłym do głównéj osi serca. Kurczenie się tych mięśni ściśnia przestwory komórek, wypycha z nich krew do tętnic, a zarazem obniżyć musi koniec serca.

Osłuchując serce można się przekonać, że ton pierwszy nad komórkami rozpoczyna się już w chwili przedskurczu serca.

O ile więc przypadek ten nadaje się w ogóle do studyjowania ruchów serca i wyprowadzania ogólnych wniosków o ruchach serca, o tyle potwierdza on teoryją Springa o istnieniu przedskurczu jako czynnego rozkurczania się serca.

Spring przedstawił teoryją swoją w roku 1860 akademii królewskiéj belgijskiéj (zobacz *Henle und Meissner Jahresber. u. d. Fortsch. der Anat. u. Physiol.* 1861 str. 409). Rozwinął ją i nowemi doświadczeniami na zwierzętach stwierdził prof. Piotrowski (Rocznik Tow. nauk krak. t. 12, r. 1867 str. 112). Teoryja ta nie znalazła jednakże pomiędzy fizyjologami należytego uznania, a pomiędzy klinicystami tylko Serkowski (Przegląd lek. 1867, str. 195 i nast.) i Widmann (choroby serca i tętnic; wydanie stow. do wyd. dzieł lekarskich polskich. Kraków 1879) takową jawnie wyznają. W ostatnich dopiero czasach fizyjologowie włoscy jak Luciani, Stephani i inni, zaczęli przypisywać sercu siłę wsysającą podczas rozkurczu, przy czém wykazali, że siła aspiracyjna serca zwiększa się przy drażnieniu nerwu błędnego i że w ruchach serca odróżnić należy trzy fazy, z których jedna przypada właśnie na czynny rozkurcz serca. Teoryja Spring-Piotrowskiego zyskała jednakże największe poparcie w najnowszych ścisłych doświadczeniach Goltza i Gaulego (*Pflügers Archiv für Physiologie* t. 17, 1878, str. 100), którzy wykazali, że siła aspiracyjna serca jest bardzo znaczną i o wiele znaczniejszą, aniżeli się tego naprzód można było domyślać, gdyż dla lewéj komórki u psa wynosić może 23·5 mm. rtęci, co równa się 320 mm. wody.

Wykładający przyjmując w zupełności powyższą teoryję tłumaczy nią w krótkości kilka faktów fizyjologicznych i patologicznych dotąd niejasnych namieniając, że konsekwentne przeprowadzenie téj teoryi przez całą fizyjologiję i patologiję krążenia stanowić będzie przedmiot osobnéj rozprawy, i tak:

1) Mechanizm ruchów zastawek kończystych uledz musi z koniecznością innemu pojmowaniu, skoro mięśnie brodawkowe należąc fizyjologicznie do mięśni podłużnych serca kurczą się podczas przedskurczu, a wolnieją podczas skurczu. Jeżeli ton skurczowy nad komórkami pochodzi od napinania się zastawek kończystych, a takowe napinają się w chwili przedskurczu, to ton skurczowy powinien być dłuższy, jak téż jest w rzeczywistości, i powinien się rozpoczynać już w chwili przedskurczu, jak to właśnie udowodnić można u Katarzyny Serafin.

2) Uderzenie końca serca w znaczeniu fizyjologiczném nastawać musi podczas właściwego skurczu serca, jak téż dotąd powszechnie utrzymywano i to zapewne skutkiem kilku przyczyn, a mianowicie przybliżenia się serca w całości do klatki piersiowéj przez zamienienie się podstawy serca z elipsy na koło (Ludwig), erekcyi końca serca i nachylania się bocznego takowego (Harwey), i odkręcania się serca około naczyń (Kornitzer), do czego jeszcze przyczyniać się mogą cofanie się wsteczne serca i obniżanie się przez wydłużenie się naczyń.

3) W znaczeniu kliniczném tak zwane uderzenie końcowe zdaniem prelegenta tylko wyjątkowo pochodzi od końca serca, gdyż de regula koniec serca jest zakryty płucem, o wiele częściéj pochodzi od komórki; a jeżeli więc przedskurcz jest silny, może także wywołać uderzenie w okolicy serca.

4) Teoryją przedskurczową wytłumaczyć się dadzą pewne odmiany uderzenia serca tak często napotykane, jak uderzenie faliste w jednym przestworze międzyżebrowym, lub uderzenie faliste przebiegające wzdłuż osi serca.

5) Teoryja przedskurczowa tłumaczy wzniesienia na ramieniu wstępującém kardiogramu, jak to demonstruje prelegent na licznych kardiogramach zdjętych z K. Serafin za pomocą bębenka Mareyowskiego połączonego ze sfigmografem Sommerbrodta. Wzniesienia te wywodził Landois (*Graphische Unters. ü. d. Herzschlag. Berlin 1876*) od kurczenia się uszka sercowego i od undulacyi żył wielkich, czemu przeczą Maurer i Grützner, podczas gdy Penzoldt stosunki wpływające na kształt kardiogramu u K. Serafin nazywa wprawdzie bardzo skombinowanemi, jednakże twierdzi ogólnikowo, „że skurcz serca nastaje dopiero wtedy, gdy linija wstępująca kardiogramu już poszła w górę."

Z faktów patologicznych tłumaczy prelegent teoryją przedskurczową pokrótce dla przykładu tylko następujące:

1) Szmer przedskurczowy, niekiedy bardzo silny, przy zwężeniu ujścia żylnego lewego, który daleko lepiéj wytłumaczyć można czynném rozszerzaniem się komórki, aniżeli biernym napływem krwi przez zwężone ujście w czasie rozkurczu.

2) Przedskurczowe zapadanie się żył szyjnych przy zrośnięciu serca z osierdziem.

3) Odśrodkowy przerost komórek, który nastaje ilekroć komórka rozwijać musi większą siłę ssącą, aniżeli w stanie prawidłowym wykonywa. Rozszerzenie się serca, które nawykliśmy nazywać stanem biernym, wywodząc od znużenia lub zwyrodnienia mięśnia sercowego, może w niektórych przypadkach być wynikiem stanu czynnego przez powiększenie pracy włókien podłużnych przy osłabieniu włókien okrężnych.

4) Siłą ssącą serca w chwili przedskurczu można dopiero dokładnie wytłumaczyć sobie mechanizm kompensowania tych wad sercowych, gdzie zarówno zależy na utrzymaniu siły popędowéj serca (zależnéj od jędrności włókien okrężnych) jakotéż siły ssącéj (zależnéj od jędrności włókien podłużnych).

5) Różnica w zachowaniu się przerostu serca w chorobie Brighta przewlekłéj i w zapaleniu międzymiąższowém da się pojąć za pomocą teoryi czynnego rozszerzania się serca jeżeli się uwzględni, że w chorobie Brighta ilość krwi w skutek nienależytego wydzielania się moczu jest zwiększoną, zaś w zapaleniu śródmiąższowém przy dostatecznéj a częstokroć zwiększonéj ilości moczu prawidłową.

6) Różnica w działaniu zbawienném naparstnicy w chorobach sercowych w tém znaczeniu, że naparstnica działa lepiéj w wadach ujścia żylnego lewego wśród dylatacyi komórki prawéj, aniżeli w wadach ujścia tętniczego lewego wśród przerostu komórki lewéj, tłumaczy się działaniem takowéj na nerw błędny, który zaopatruje właśnie włókna przedskurczowe itd. itd.

W końcu namienia prelegent, że studyjowanie ruchów serca u K. Serafin byłoby o wiele łatwiejsze i mogłoby doprowadzić do wniosków pewniejszych, gdyby posiadał przyrząd gra-

ficzny, za pomocą którego możnaby nakreślać równocześnie ruchy poszczególnych części serca. Ostrożność ta jest tém bardziéj wskazana, ponieważ spostrzeganie ruchów odsłoniętego serca nawet wśród znacznego zwolnienia takowych jest trudném i łatwo mogą powstać niezgodności zdań, tak jak to np. miało miejsce w sławnéj dyskusyi jaka w r. 1874 toczyła się pod względem ruchów serca w akademii lekarskiéj paryskiéj, a w któréj brali udział tacy mężowie jak Colin, Buillaud, Marey, Fauvel i Gavaret.

W dyskusyi zabierali głos kol. Smoleński, który wywody prelegenta popierał doświadczeniami wykonanemi w zakładzie fizyjologicznym krak. na zwierzętach; kol. prof. Piotrowski, który utrzymywał, że całe ramię wstępujące na kardiogramie odpowiada przedskurczowi, i kol. Pisek, który twierdził, że serce u K. Serafin nie jest zanadto ku lewéj stronie odkręcone, lecz przeciwnie około swéj osi długiéj ku stronie prawéj skręcone, Zarzut ten odparł kol. Smoleński ze stanowiska fizyjologicznego, a kol. prof. Korczyński ze stanowiska klinicznego, starając się zarazem udowodnić, że tylko pewna część ramienia wstępującego kardiogramu odpowiada przedskurczowi a reszta skurczowi komórki.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Wasylewski*
Sekretarz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 29 ospa w Londynie nieznacznie się zmieniła. Umarło tylko 3, leczyło się 209, świeżo zapadło 30. Także w innych miastach nie zaszła znaczna zmiana w nasileniu ospy. W Paryżu umarło 37, w Wiedniu 2, w Aleksandryi 4, w Budapeszcie 3. W Pradze umarło 15, w Maladze 6, w Petersburgu 4, w Chrystyjanii i Murcyi po 3, w Bukareszcie 2. W Petersburgu umarło z duru brzusznego 50, z duru osutkowego 40, z duru powrotnego 17. Nieżyty jelitowe i czerwonka częściéj się pojawia we wszystkich miastach. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janiero od 1—15 czerwca 36. W tygodniu 30 umarło w Krakowie: 6 z ospy, 1 z płonicy, 1 z dławca a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy (ze szpitala św. Ludwika). 2 płonicy (ze szpita św. Łazarza i Ludwika), 2 błonicy (z Wolnicy i zkąd?), 1 duru brzusznego (z aresztów miejskich), 1 duru osutkowego (z ul. św. Krzyża pod l. 418), 3 czerwonki (z ul. Garbarskiéj l. 78, z Placu św. Ducha l. 406 i z ul. szpitalnéj pod l. 380).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 29, umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 31,8; we Lwowie 36,2; w Warszawie 26,8; w Wiedniu 26,8; w Budapeszcie 34,2; w Pradze 43,1; w Genewie 25,8; w Brukseli 19,6; w Amsterdamie 25,3; w Hadze 18,5; w Paryżu 22,6; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 23,4; w Stokholmie 28,7; w Chrystyjanii 26,7; w Petersburgu 52,4; w Rzymie 24,2; w Wenecyi 25,1; w Bukareszcie 25,2; w Barcelonie 25,7; w Aleksandryi 46,8; w Nowym Jorku 33,1; w Bombayu 27,8; w Madrasie 37,1. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 sierpnia. Pomiędzy uchwałami, które powzięła c. k. Krajowa Rada zdrowia na swem ostatniem posiedzeniu, niezmiernéj wagi jest podjęta, lecz jeszcze nie rozstrzygnięta sprawa wydawania lekarstw z aptek na recepty poprzednio już ekspedyjowane; uregulowanie tego stosunku jest nader potrzebném szczególnie w naszem społeczeństwie, które z weneracyją godną lepszych tradycyi przekazuje z pokolenia w pokolenie i poleca recepty na pewne dolegliwości bez uwzględnienia nie tylko wieku, płci, lecz i bez należytego rozpoznania choroby saméj. Rada zdrowia uczyniła trafny wniosek, ażeby Namiestnictwo udzieliło tę ważną sprawę obu Towarzystwom lekarskim w kraju istniejącym do zaopinijowania; łatwo przewidzieć w jakim duchu oświadczą się nasze Towarzystwa lekarskie, życzyć tylko wypada, ażeby pp. aptekarze, kiedy już prawo w téj mierze będzie obowiązywać, zechcieli do niego zastósować się z całą ścisłością.

* Koledzy Markiewicz i Liebkind założyli w Warszawie wzorową mleczarnie dla użytku publicznego. Obecnie zakład mieści 20 krów sprowadzonych z Morawii, a pomieścić będzie mógł w razie potrzeby drugie tyle; zadaniem przedsiębiorców jest dostarczenie publiczności ze wszech miar doskonałego mleka; znając jak wielkiéj doniosłości jest ta pożywka w życiu codziennem, zwłaszcza dla dzieci, życzyć wypada założycielom mleczarni wszelkiego powodzenia, i naśladowania ich przykładu po innych miastach naszego kraju.

* Dr. Parzyński przeznaczył testamentem 30,000 rs. na cele dobroczynne, z szczególném uwzględnieniem uczącéj się młodzieży; ubogim uczniom poświęcającym się nauce lekarskiéj w Uniwersytecie warszawskim przeznaczył 6000 rs.

* **Lwów** 10 sierpnia. Przez czas urlopu Dra Szeparowicza prymaryjusza i operatora szpitala powszechnego we Lwowie, zastępnje go jako operator Dr. J. Gostyński.

\+ **Karlsbad** 7 sierpnia. Do dziś dnia było osób 21,353, o 1739 więcéj niż do tegoż dnia r. z. W przeciągu szustego tygodnia przeważyły dnie pogodne i piękne z średnią temperaturą 15° R. 1go sierpnia deszcz całodzienny, i 4go przy pogodzie pochmurnéj wiatr nieco zimniejszy obniżyły tempera turę do 12° R.

* W Krynicy od dnia otwarcia sezonu po 10 sierpnia bawiło gości kąpielowych 2338.

* W Cieplicach czeskich do d. 5 sierpnia bawiło gości kąpielowych 8522.

* **Nekrologija.** D. 6 bm. umarł w Wiedniu w 64 roku życia Dr. Ferdynand Hebra profesor uniwersytetu wiedeńskiego, radca dworu, kawaler wielu orderów austryjackich i zagranicznych, członek wiedeńskiéj Akademii umiejętności oraz wielu Towarzystw lekarskich w kraju i za granicą itd. — W Würzburgu umarł Dr. Karol Textor profesor chirurgii w 68 roku życia. — W Moncchijum umarł Dr. Ludwik Buhl profesor anatomii patologicznéj itd.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 32: Wolffringa: O wpływie rozdrobnionéj rtęci na tkanki oka stósowanéj; Heimana: Sprawozdanie z czynności chirurg. szpitalnéj za r. 1879.

△ Piśmiennictwo lekarskie. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, wydawany nakładem tegoż Tarzystwa pod redakcyją E Klinka. Zeszyt III, za r. b. wyszedł z druku i zawiera:

1. BIESIADECKI A. Sprawozdanie o dżumie, która panowała w gub. astrachańskiéj w zimie r. 1878 i 79.
2. NEUGEBAUER L. Pośrodkowe zeszycie pochwy jako nowy sposób leczenia wypadnięcia macicy.
3. ERLICKI A. Zmiany w rdzeniu kręgowym amputowanych psów.
4. CHROSTOWSKI B. O działaniu wodnika bromalowego na krążenie krwi.
5. ELSENBERG A. Unaczynienie ciał rakowych.
6. NUSSBAUM H. Przyczynek do kwestyi o antagonizmie trucizn i o fizyjologicznem działaniu niektórych trucizn na śliniankę podżuchwową.
7. TYRCHOWSKI W. Opis przypadku cięcia cesarskiego spostrzeganego w klinice położniczéj
8. MARKIEWICZ St. Uwagi nad sprawozdaniem statystycznem ruchu ludności m Warszawy za rok 1879 i nad statystyką Warszawską w ogólności.
9. MIKUCKI. O przecięciu nerwów traumatycznie uszkodzonéj gałki ocznéj.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 21 sierpnia 1880. **№ 34.** **Rok XIX.**

TREŚĆ: I. DOMAŃSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. (C. d.) — II. Z pracowni prof. Dra Browicza w Krakowie. MARS. O przechodzeniu istot upostaciowanych z krążenia matki do krążenia płodu. — III. *Oceny i sprawozdania*: LANGFELD. HERTZKI. — *Wiadomości pomniejsze*. — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Posiedzenie Tow. lek. krak. — V. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. — VI. *Wiadomości bieżące*.

I. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych
napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

20. Powiedzieliśmy poprzednio, że z postępem czasu i choroby występują w przebiegu kiły układu nerwowego zboczenia psychiczne, napady epileptyczne, utrata mowy i porażenia.

Ze względu na ważność i częstość tych zboczeń zastanówmy się nad niemi nieco obszerniéj.

21. Jakie są objawy padaczki, wiadomo powszechnie równie jak i to, że dotychczas nie znamy żadnéj stałéj zmiany anatomicznéj w téj chorobie. Rozpoznanie epilepsyi opiera się jedynie na stwierdzeniu pewnych zboczeń czynnościowych a mianowicie napadów, które zdaniem naszém toż samo mają znaczenie w patologii co np. porażenie połowicze mogące pochodzić z najrozmaitszych przyczyn. Według nas padaczki w téj chwili jeszcze nie można uważać za osobną chorobę, tylko za zbiór pewnych przypadków, który może pochodzić od zmian rozmaitych tak pod względem rodzaju jak i siedziby. W obec tego pojęcia nie ma nic nadzwyczajnego w tém, że padaczka pojawia się w przebiegu kiły układu nerwowego, w szczególności mózgu tém więcéj, że z doświadczeń Hitziga i Ferriera wypada, że kora mózgowa a mianowicie pewne części jéj substancyi szaréj z jednéj strony w nader bliskim zostają stósunku do napadów epileptycznych z drugiéj, jakeśmy to już dawniéj wspomnieli, łatwo ulegają zmianom anatomicznym w kile.

Z tego wypadają dwa ważne wnioski, pierwsze: w samym napadzie epileptycznym nie może być różnicy między padaczką zwykłą a kiłową, powtóre inne okoliczności towarzyszące będą mogły świadczyć do pewnego przynajmniéj stopnia o przyczynie epilepsyi w danym przypadku. Z tém też najzupełniéj zgadza się doświadczenie: z samego napadu epileptycznego nie można nigdy rozpoznać ani rodzaju ani siedziby zmiany anatomicznéj, ani tego czy jest stałą czy przelotną.

Wiadomo, że epilepsyja zwyczajna ukazuje się w napadach bądź wielkich bądź małych w ten sposób, że u téjże saméj osoby występują napady albo przeważnie bądź wielkie bądź małe albo co bywa najczęściéj i małe i wielkie. Tak samo dzieje się w padaczce kiłowéj, która w téj mierze nader wielką przedstawia rozmaitość.

Pod względem stósunku padaczki do innych objawów kiły układu nerwowego zasługuje na uwagę, że padaczka tak może być wyłącznym objawem kiły mózgowéj, co dzieje się rzadziéj jak łączyć się z innemi zboczeniami czynnościowemi mianowicie porażeniami.

Co do okresu choroby, padaczka może występować albo jako pierwszy objaw kiły mózgowéj albo późniéj po innych zboczeniach mózgowych albo jako przypad ostateczny, który ma zakończyć śmiertelnie całą sprawę. Tak podaje Fournier przypadek, w którym po najrozmaitszych przypadach kiły mózgowéj pojawiła się epilepsyja po raz pierwszy na trzy dni przed śmiercią.

W ogólności padaczka liczy się do wczesnych objawów kiły nerwowéj. Niekiedy jest, jakeśmy właśnie powiedzieli, pierwszym przypadem mózgowym w ten sposób, że występuje u ludzi, którzy przedtém nigdy ze strony mózgu żadnych zboczeń nie okazywali. Najczęściéj poprzedzają epilepsyją syfilityczną inne objawy a temi są: ogólne podupadnienie odżywiania całego ustroju, niedokrewność, zmniejszenie łaknienia, wychudnienie, obniżenie energii czynności psychicznych i uporczywy ból głowy, którego cechy podaliśmy już wyżéj.

Padaczka kiłowa wystąpiwszy w jednym napadzie po niejakim czasie znów się ukazuje oczywiście dla tego, ponieważ przyczyna jéj trwa a nawet się potęguje przez dalszy rozwój zmiany anatomicznéj. Między pierwszym a drugim napadem mija nieraz i kilka tygodni; późniéj napady stają się coraz częstszemi a tém samém odstępy wolne między niemi coraz krótszemi.

Uderzającą i ważną jest rzeczą, że przed napadami

epileptycznemi ukazują się objawy, które na krótszy lub dłuższy czas pozwalają napad przewidzieć. Takiemi objawami ostrzegającemi są: ogólne osłabienie, drażliwość nerwowa a przedewszystkiém ból głowy ze wszystkiemi cechami już podanemi, który chorzy zazwyczaj odnoszą do granicy między kością skroniową a ciemieniową, który występuje na dłuższy czas nieraz nawet na kilka dni przed napadem. Bezpośrednio zaś przed napadem ukazuje się w wielu razach tak samo jak w epilepsyi zwyczajnéj *aura* nie mająca w sobie nic osobliwego i zawsze u téjże saméj osoby jednaka.

Stósunek padaczki do innych zboczeń ze strony układu nerwowego jest dwojaki· albo padaczka występuje sama wyłącznie bez wszelkich innych zboczeń czynnościowych, jak to bywa z początku we wszystkich zresztą przypadkach, albo téż łączy się wkrótce lub po niejakim dopiero czasie z innymi przypadami mózgowemi. W pierwszym więc razie kiła mózgowa objawia się tylko napadami epileptycznymi, co trwać może od kilku tygodni do kilku miesięcy a łatwo pojąć, jakie tu są trudności w rozpoznaniu, na którém przecież tak wiele zależy. Jeżeli przeciwnie epilepsyja ulega zmianie, łączy się ze zboczeniami innego rodzaju a mianowicie zboczeniami psychicznemi i ruchowemi.

Co do pierwszych, są one w ogólności takie, jakeśmy je już poprzednio opisali: ciężkość i zawrót głowy, zamącenie psychiczne, upośledzenie wzroku i słuchu. Zboczenia psychiczne występują w postaci obniżenia energii władz umysłowych, osłabienia pamięci i pojętności, zniechęcenia do pracy, obojętności na rzeczy, które dawniéj chorego żywo obchodziły, opryskliwości i gniewności u osób przedtém wcale łagodnych. Powoli wyrabia się pewna tępota umysłowa, która w dalszym ciągu prowadzi do zupełnego zniedołężnienia umysłowego. W wielu razach przychodzi do objawów szaleństwa. Wszystkie te zboczenia pojawiają się tém rychléj i w tém wyższym stopniu, im napady epileptyczne są częstsze i gwałtowniejsze, w czém oczywiste jest podobieństwo do epilepsyi zwykłéj.

Fournier zwraca uwagę, iż pamięć osłabia się w wielu przypadkach nie tylko ciągle i jednostajnie, lecz jakby skokami tak, iż po każdym napadzie obserwować można widoczne jéj zmniejszenie.

Później przychodzi do zboczeń w ruchach czyli porażeń niezupełnych występujących zazwyczaj niesymetrycznie w twarzy, kończynie jednéj lub drugiéj lub wreszcie w postaci porażenia ręki i nogi po téjże saméj stronie z zajęciem lub bez zajęcia twarzy. Porażenia te z początku są mniej lub więcéj przelotne. Im atoli sprawa chorobowa daléj postępuje, tém porażenia są zupełniejsze i trwalsze.

Wśród takich objawów stan ogólny odżywienia we wielu przypadkach nie ulega zmianie; owszem przekonać się nawet mogłem w jednym razie, że chory ku końcowi coraz większego nabywał apetytu i tył widocznie. W innych przychodzi do powolnego rozwijania się charłactwa w postaci niedokrewności, chudnienia, jedném słowem do ogólnego podupadnienia odżywiania całego organizmu.

Lubo w samym napadzie epileptycznym nie ma nic takiego, po czémby można odróżnić padaczkę zwykłą od kiłowéj, to jednakowoż są zjawiska, które wprawdzie nie z absolutną pewnością, ale z niejakiém podobieństwem do prawdy oświecają nas o kiłowym początku danéj epilepsyi, a temi są zdaniem Fourniera brak krzyku, który zawsze rozpoczyna napad epilepsyi zwyczajnéj i porażenia, które w epilepsyi kiłowéj bezpośrednio po napadzie o wiele częściej występują niż w epilepsyi zwykłéj.

O wiele ważniejszą jest okoliczność, że w przeciwieństwie do zwykłéj padaczka kiłowa występować może częściowo i bez utraty przytomności. Jak wiadomo, w padaczce zwykłéj w czasie napadów chorzy prawie zawsze, choć nieraz bardzo tylko na krótko, tracą przytomność a kurcze występują w całém ciele bez różnicy między jedną a drugą połową. Otóż w kile epilepsyja występuje nieraz w napadzie kurczów ograniczonych do jednéj połowy twarzy lub przynajmniéj do jednéj połowy ciała, którym nie towarzyszy nieznaczna nawet utrata przytomności. Zdarza się atoli, iż nawet w napadach kurczów, w sposób co właśnie wymieniony, ograniczonych przychodzi albo do chwilowego oczywiście, lubo nieznacznego zamącenia przytomności, albo przynajmniéj utraty mowy bez utraty pojętności.

Pamiętać wszakże należy, że między napadami takiemi a zwykłymi zachodzą rozmaite kombinacyje w ten np. sposób, że napad rozpoczęty bez utraty przytomności w drugiéj swéj połowie prowadzi do jéj utraty, przyczém nieraz kurcze ograniczone do jednéj połowy ciała lub nawet pewnéj jéj tylko części stają się ogólnymi z przewagą atoli zawsze połowy pierwotnie kurczami dotkniętéj. W wyjątkowych razach napadom epileptycznym z zachowaniem przytomności towarzyszą bóle, nawet nieraz gwałtowne w częściach kurczami nawiedzonych.

Stan chorego po napadzie albo jest takim samym, jak po napadzie zwykłéj epilepsyi tj. chorzy przychodzą do zupełnéj przytomności i nie okazują żadnych zboczeń czynnościowych, albo śpią, a obudziwszy się doznają zmęczenia, osłabienia pamięci, i ruchów itd., albo nakoniec okazują porażenia wprawdzie zwykle niezupełne, które atoli stają się coraz wybitniejszemi i mocniejszemi w miarę postępu choroby.

Co do padaczki częściowéj zasługuje na uwagę, że napady jéj występują zawsze u tegoż samego chorego po téj saméj stronie, że łączyć się mogą z napadami epileptycznymi całkowitymi w ten atoli sposób, że napady całkowite są rzadkie a między niemi za to często ukazują się napady epileptyczne częściowe.

Ważném jest pytanie, jakie znaczenie kliniczne i anatomiczne ma padaczka częściowa. Kliniczne znaczenie polega na tém, że napady ograniczone tak, jakeśmy je opisali, prawie nigdy nie pojawiają się w przebiegu padaczki zwykłéj, z drugiéj strony że ograniczenie się kurczów do jednéj połowy ciała dowodzi na podstawie nowszych spostrzeżeń Ferriera, Hitziga, Charcota i innych przyczyny w substancyi korowéj na powierzchni mózgu w wysokości okolicy ruchowéj skroniowociemiennéj. Że zaś zmiany kiłowe w mózgu z upodobaniem graniczącém z wyłącznością zajmują powierzchnią mózgu a zatém i substancyją korową półkul, nic więc dziwnego, że padaczka trafia się tak często jako objaw kiły, ale nie jako objaw rodzaju pewnéj zmiany anatomicznéj, tylko jako objaw jéj siedliska. Jeżeliby nawet wolno nam było puścić się nieco na pole uzasadnionych zresztą przypuszczeń, powiedzielibyśmy, że padaczka kiłowa zostaje w związku z zaburzeniami w krążeniu, jakie pośrednio lub bezpośrednio są następstwem zmian anatomicznych przez kiłę wywołanych. Wiemy bowiem zkądinąd, że w padaczce zwyczajnéj zmiana w napełnieniu naczyń pewnych części mózgu niewątpliwie ma znaczenie dla napadów epileptycznych; wiemy daléj, że w kile przychodzi do

zmian w naczyniach tętniczych mózgu, że w substancyi korowéj mamy układ anastomotyczny tętnic; łatwo zatém przyjdzie nam pojąć pewien stopień zaburzenia tamże w krążeniu, jako jego objaw napady epileptyczne a zatém zboczenia czynnościowe przelotne.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z pracowni prof. Dra Browicza w Krakowie.

O przechodzeniu istót upostaciowanych z krążenia matki do krążenia płodu.

Podał Dr. A. Mars,
Asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33.)

Friedreich (*Beiträge zur Pathol. des Krebses.* Virchowa Archiv 36, 1866. p. 465, opisuje jeden wprawdzie tylko przypadek, ale tak dokładnie, że wartość jego w literaturze jest bezsprzeczną. Pomieniony autor podaje dokładny opis przebiegu choroby, sekcyję a wreszcie opisy obrazów mikroskopowych: matka cierpiąca na raka wątroby z następowymi przerzutami w sercu, skórze, macicy, kościach, kiszkach, gruczołach limfatycznych, sutkach i w gruczole tarczykowym, urodziła prawie donoszonego charłacznego chłopca, który okazywał nad lewą rzepką guz, który po śmierci dziecka badany okazał się pod drobnowidem jako rak zupełnie o téj saméj budowie jaką rak u matki okazywał. Spostrzeżenia Bollingera Brauela, Davaina, Kocha Spitza, Albrechta podajemy poniżéj mówiąc o istotach upostaciowanych.

Przytoczone powyż fakta co do wpływu różnych chorób matki na płód, acz niezupełnie wszędzie zgodne, pouczają nas, że pewne istoty mogą przechodzić z krążenia matki w krążenie płodowe, a tém samém, że łożysko nie stanowi tak stałéj zapory jak to przed tém utrzymywano i jak dotychczas niektórzy utrzymują.

Rozjaśnienie kwestyi, czy i jakie ciała mogą przechodzić przez łożysko z krwi matki do krwi płodu było nader pożądaném, starano się więc drogą doświadczalną kwestyję tę rozstrzygnąć wprowadzając w krew zwierząt ciężarnych rozmaite istoty i poszukując ich śladu w płodzie.

Doświadczenia te doprowadziły do następujących wyników.

Przechodzenie gazów zdaje się na pozór nie podlegać najmniejszéj kwestyi ze względu na znany fakt, jaki wpływ wywiera przerwanie krążenia łożyskowego na płód np. przez ugniot pępowiny; tymczasem poczynione doświadczenia czynią pewne zastrzeżenia potrzebnemi.

Że gazy przechodzą nie tylko z krążenia matki do krązenia płodu, ale i na odwrót, wykazał w swéj pracy Runge (*Die acuten Infectionskrankheiten in ätiologischer Beziehung zur Schwangerschaftsunterbrechung. Saml. klin. Vorträge Volkmann* Nr. 174, str. 5); doświadczeniami bowiem czynionemi na brzemiennych królicach udowodnił, że jeżeli matka ginie przez uduszenie, nim obumrze odbiera swym płodom kwasoród, który one posiadają.

Chloroform dostając się do krążenia przez płuca wchodzi do takowego pod postacią gazu. Otóż co do tego, czy chloroform przechodzi z krążenia matki do krążenia płodu, różne są zapatrywania autorów i tak: Zweifel (*Berlin klin. Wochenschrift 1874, Nr. 21* i *Tagblatt der Naturforscherversamlung zu Hamburg 1876*) dowodzi, że choroform przechodzi do krążenia płodu i że takowy daje się we krwi płodu wykazać, podczas gdy Fehling (*Beiträge zur Kentniss des placentaren Stoffverkehrs Archiv. f. G. XI*) twierdzi, że chloroform do krwi płodu z krążenia matki nie przechodzi, nie mógł go bowiem wykazać w organizmach płodów nie żywo urodzonych, których matki dłuższy czas podczas porodu chloroformowane były.

Wśród naszych doświadczeń chcąc badać krew płodów zabijaliśmy po uskutecznionem doświadczeniu królice za pomocą chloroformu w kilku przypadkach i otóż w dwu takich przypadkach okazało się, że po śmierci królice pod wpływem chloroformu, gdy jamę brzuszną otwarto i przecięto ściany macicy, płody w ostatniéj się znachodzące nie tylko się bardzo dobrze miały, ale nadto wykonywały energiczne ruchy, które w jednym przypadku przez powłoki brzuszne były widoczne. W jednym z tych przypadków płody królicze prawie donoszone oddychały swobodnie i chodziły po stole; w drugim zaś przypadku płody małe po wyjęciu ich z macicy robiły ruchy oddechowe i na drażnienie ruchami odnóg odpowiadały. Bądź co bądź doświadczenie to nasze aczkolwiek wcale nie wykazuje, aby chłoroform nie przechodził do krążenia płodu, to jednak świadczy wymownie, że jeżeliby się to działo, to dzieje się nader powolnie i w nie wielkich ilościach jeżeli płody mogą się tak dobrze mieć wydobyte w kilka minut po śmierci matki zdechłéj pod wpływem chloroformu) Fehling (l. c.) wykazuje, że tlenek węgla przechodzi do krążenia płodu; Högyes (*Arch. f. Phys.* 1877) podaje, że płody królicze zazwyczaj dłużéj żyją aniżeli królica uduszona tlenkiem węgla i że tlenek węgla nie przechodzi z krążenia matki do krążenia płodów.

Co się tyczy płynów to Jassinsky (*Virchowa Archiw* 40, 1867, str. 342 i 350) wstrzykiwał ciężarnym sukom roczyn karminu do krążenia, a po 20 minutach zabijał je i w płodzie karminu wcale nie znachodził, jedynie tylko lekkie zabarwienie przybłonka na łożysku. Fehling (*Archiv f. G. 1876 Zur Lehre vom Stoffwechsel zwischen Mutter und Kind* str. 313) cytuje Benekego, który się przekonał, że roczyn kwasu salicylowego przechodzi nader szybko do krążenia płodowego z krążenia matki. Fehling (l. c. 314) wstrzykując kurarę królicom ciężarnym przekonał się, że takowa na płód wpływu nie wywiera. Na stronie 316 zaś, podnosi kwestyję, że na podstawie klinicznych spostrzeżeń, roczyn morfinu zdaje się przechodzić do krążenia płodu. Udowodnienie tego faktu uważa jednakże za trudne. Gusserow (*Arch. f. G.* III) wstrzykując królicom nastój jodowy do żołądka albo żelasinek potasu w roczynie nie mógł wykazać śladu tych ciał w moczu płodu, podczas gdy podając dłuższy czas jodek potasu ciężarnym kobietom znachodził takowy w moczu noworodków. Hofmann (*Lehrbuch der gericht. Medicin II Auflg. I, H. Wien* 1880) przytacza doświadczenie Gusserowa, który się przekonał, że strychnin wstrzykiwany brzemiennym zwierzętom nie wywołuje kurczów u płodu, podczas gdy takowe wywołuje u matek.

Co do przechodzenia części stałych upostaciowanych z krążenia matki do krążenia płodu mamy dotychczas następujące znane doświadczenia: Hoffmann i Langerhans (*Virchowa Archiv* 48 p. 320) wstrzykiwali w krążenie królikom zawiesinę cynobru bardzo miałkiego, wśród doświadczeń jedna królica była ciężarną, po 89 dniach badana krew płodów nie okazywala wcale barwika. Ujemny ten

wynik nie może wchodzić w rachubę, gdyż barwik dawno już musiał był wyjść z krążenia, zanim ta królica zapłodnioną została.

Ahlfeld (*Centralblatt f. G.* I, 1877) dawał do jedzenia zwierzętom ciężarnym tłuszcz i marzannę a nadto wstrzykiwał do krążenia tłuszcz, poczém mimo że w krążeniu matki znachodziło się dużo tłuszczu, co do płodów miał wynik ujemny. Doświadczenia czynione z miałkim roztartym tuszem dały mu także wynik ujemny.

Fehling (*Arch. f. G.* XII 359) powiada, że wstrzykiwał dużéj francuskiéj królicy roztarty tusz do żyły udowéj. Po 24 godzinach zabito królicę, w któréj organach znaleziono dużo tuszu, w płodzie jednakowoż nic.

Reitz (*Sitzungsberichte der Akademie in Wien. Mathem. natur. Classe* 1868 LVII S. 8—10) wstrzykiwał królicom roztarty cynober. W płodzie znalazł raz ziarnka cynobru. Badając soczewką imersyjną znalazł w ścianach naczyń szczególniéj włosowatych mózgu ziarnka cynobru.

Caspary (*Viertelj. f. Dermatologie und Syphilis* IV p. 491 1877) wykonał dwa doświadczenia na jednéj królicy. Po pierwszém wstrzyknięciu do krwi królicy cynobru poroniła takowa jeden płód, który skrzętnie badany nie okazuje wcale we krwi ani w organach cynobru. Na drugi dzień wstrzyknął téj królicy ponownie cynober do żył, przyczém na końcu operacyi królica zdechła. Natychmiast badane płody okazują we krwi cynober.

Perls (*Lehrbuch der allgemeinen Pathologie* II 1879) robił osiem doświadczeń wstrzykując już to królicom już też sukom ciężarnym zawiesiny ultramarinu. Dwa doświadczenia dały mu wynik ujemny, w dwóch sam powiada, że z pewnością nie może powiedzieć, czy jest ultramarin we krwi płodu lub nie. W 4 przypadkach znalazł takowy różnie liczny we krwi płodów badanych w 24 do 48 godzin po zabiciu matki.

Do szeregu powyższych doświadczeń należy nam dołączyć spostrzeżenia dotyczące wąglika.

Bollinger (*Ziemssens Handb.* II, 1874, 461) twierdzi, że dla przyrzutu wąglikowego łożysko płodowe stanowi dokładny przyrząd sączkowy, nie przepuszcza bowiem pręcików bakteryi wąglikowéj. Na poparcie przytacza przypadek, w którym zaszczepił wąglika ciężarnéj owcy. W 4 dni owca zdechła. Mikroskop wykazuje u matki liczne bakteryje, u płodu wcale nie. Doświadczenia szczepienia wykonane krwią matki wywołały u królików wąglika, podczas gdy ani woda płodowa, ani krew płodu tego nie wywolują.

Doświadczenie powyższe stwierdza doświadczenia Brauela i Davaine, z których pierwszy robił doświadczenia na owcach, drugi zaś na świnkach morskich, i którzy przekonali się, że krew płodów pochodzących od matek wąglikiem zakażonych zaszczepiona nie wywołuje téjże choroby u innych zwierząt Koch. (*Cohns Beiträge zur Biol. d. Pflanzen* 1876, II p. 299) potwierdza również te doświadczenia i spostrzeżenia.

Z powyższego zestawienia tak spostrzeżeń klinicznych jakoteż i wyników drogą doświadczalną uzyskanych co do przechodzenia istót różnych w krążenie płodowe przekonywamy się, jak zawikłaną jest dotychczas ta kwestyja i jak sprzeczne są zdania rozmaitych autorów.

W rozprawie niniejszéj pomijam ciekawe i ważne ze względów terapeutycznych zagadnienie co do przechodzenia istót gazowych i w rozczynie będących z krążenia matki w krążenie płodowe i ograniczam się na teraz jedynie do pytania, czy istoty molekularne upostaciowane i w jakich ilościach przechodzą do krążenia płodu. Pytanie w obec nowszych teoryj etyjologii chorób infekcyjnych na tle pasorzytniczém, zyskujących coraz szerszą podstawę, nader ważne.

W téj myśli przedsięwziąłem szereg doświadczeń na królicach brzemiennych, wstrzykując tymże w krew częścią zawiesiny barwikowe, tłuszczową jakoteż ciecz gnilną, zawierającą znaczne ilości prątków i mikrokoków, któreto doświadczenia poniżéj przytaczam.

Nie potrzebuję namieniać o ostrożnościach, jakie w badaniach moich przedsięwziąłem przy sporządzaniu preparatów, o ostrożnościach niezbędnych dla uniknięcia mimowolnych i mimowiednych złudzeń z przyczyny tak łatwych zanieczyszczeń.

I. Małéj ciężarnéj królicy wstrzyknięto do żyły na łapce tylnéj prawéj 2 gramy roztartego tuszu. Krew matki wzięta ze słucha badana w kilka minut okazuje nader liczne ziarnka tuszu. Badana w 3 godziny okazuje tychże znacznie mniéj. W $3^1/_2$ godziny po wstrzyknięciu otwarto jamę brzuszną i znaleziono 8 płodów w macicy. Długość płodów $4^1/_2$ cm. licząc od czoła do nasady ogona. Krew badana dokładnie z łożyska, z naczyń w błonach płodowych przebiegających, z naczyń pępowinowych płodu, z różnych organów 4ch płodów, okazuje wyraźne ziarnka tuszu, łożyska i płody zachowano w płynie Müllera. Łożyska okazują bardzo nieliczne tylko ziarnka tuszu. W organach płodu tuszu nie znaleziono.

II. Królicy dużéj francuskiéj wstrzyknięto do żyły szyjnéj 25 centim. sześć. zawiesiny tuszu. Wstrzykiwanie wykonano nader powoli, wstrzyknięto zaś większą ilość tém śmieléj, ile że podczas operacyi było dość znaczne krwawienie z żyły bocznéj do żyły szyjnéj się wlewającéj, którą podwiązać zapomniano. Próbki krwi matczynéj zawierają tuż po operacyi znaczną ilość ziarnek tuszu. W 5 dni urodziła pomieniona królica 3 donoszone płody, każden długości $10^1/_2$ cm. Krew płodów dwóch wzięta z serca nie zawiera wcale tuszu, podczas gdy w wątrobach znachodzi się znaczna jego ilość.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Langfeld: Dodatek kwasu cytrynowego do wody celem zabicia w niéj drobnowidowych zwierzątek.

L. czynił doświadczenia z różnemi dodatkami nieszkodliwymi w zamiarze wyśledzenia, które z nich za dodaniem do wody niszczą drobnowidowe zwierzątka. Używał herbaty, kawy, wody selcerskiéj, proszków burzących i słabych wyskokowych rozczynów. Wszystkie te dodatki w ilościach zdrowiu nieszkodliwych nie niszczą nawet po 5 minutach wspomnianych zwierzątek, natomiast skutecznym okazał się kwas cytrynowy. Za dodaniem kw. cytrynowego w stosunku 1:2000 ($^1/_2$ grm. na 1 litr) do wody, w któréj pełno było wymoczków obumierały te ostatnie w ciągu 2 minut z wyjątkiem tylko *Cyclops quadroirnis* i (*Wasserraupe*) gąsiennicy wodnéj.

Wynika z tych doświadczeń, że zwierzątka opatrzone pancerzami chitynowymi lub grubszym naskórkiem nie giną w rozcieńczonym kw. cytrynowym, te zaś które mają delikatne powłoki zewnętrzne i przepuszczalne, przez które po

części odbywa się oddechanie, giną w rozcieńczonym kw. cytrynowym w ciągu 2 minut.

Ponieważ większa część tworów w wodzie do picia do drugiéj kategoryi należy a zwierzątka pierwszéj kategoryi już gołém okiem są widzialne, to dodatek kw. cytrynowego do wody, w któréj gołem okiem zwierzątek nie dostrzegamy jest najodpowiedniejszym środkiem ochronnym przed pochłonieniem takich zwierzątek. Z powodu że zwierzątka, o których mowa, są cięższe od wody opadają one w ciągu minuty na dno, pijący więc powinien trochę wody na spodzie naczynia pozostawić.

Smak kwaskowy w tym rozcieńczeniu nie jest nieprzyjemnym, a cena kw. cytrynowego (kilo angielskiego krystalizowanego kw. cytrynowego kosztuje koło 6 mrk.) nie przeszkadza rozpowszechnieniu tego środka poprawiającego wodę. (*Viertjahrschrift f. oeff. Gesundheitspflege* 1880 r., III, 523). *Dr. K. Grabowski.*

O krwawicy (*Haemophilia*) według wykładu Dr. Hertzki w koleg. doktorskiém w Wiedniu.

Krwawica jest ogólną, wrodzoną niekiedy odziedziczoną skazą (*Diathesis*), przytrafia się częściéj u mężczyzn jak u kobiet, częściéj w szczepie germańskim jak w słowiańskim lub romańskim a najczęściéj u żydów; rodziny krwawców mają być bardzo płodne. W 70% przypadków wystąpiły pierwsze objawy choroby w 1szym lub 2gim roku życia, daleko rzadziéj w późniejszych latach a nigdy po 22 roku życia. Krwawienia tak powierzchowne jak i miąższowe powstają z urazu albo dobrowolnie, zaraz po zadaniu urazu albo nieco późniéj nawet po godzinie; niekiedy w skutek bardzo małych ran jak po nacięciu języczka, po wyrwaniu zęba, w skutek nakłucia przy szczepieniu ospy powstają krwawienia ciężkie nawet śmiertelne, czasem znów i przy wielkich ranach nie widziano znaczniejszego krwawienia. Z krwotoków dobrowolnie bez przyczyny powstałych najczęstsze bywają krwotoki nosowe i na skórze, rzadziéj widzieć można krwotoki żołądkowe, kiszkowe lub z nerek; dosyć często powstają u krwawców także bóle i obrzęki w stawach.

Krwawica kończy się dopiero z śmiercią chorego, krwawienia zaś peryjodycznie występujące trwają od kilku godzin do kilku tygodni; śmierć bywa najczęstszem zejściem choroby. Z 212 krwawców dożyło tylko 101 ósmego roku, tylko 24 dwudziestego drugiego roku życia, widziano wszakże i 60 letnich krwawców. Rokowanie jest tém mniéj pomyślne, im w późniejszym roku życia choroba występuje. Pod względem zapobiegawczym należałoby krwawcom zabronić wchodzić w stan małżeński a w celu unikania krwotoków przestrzegać ich przed wszelkimi urazami, zranieniami i ile możności nie wykonywać na nich żadnych rękoczynów; niedokrewnym należy podawać żelazo, octan ołowiowy, posilne potrawy a zabronić napojów wyskokowych, gorących tudzież wszelkich cielesnych wysileń. Krwotoki lub mniejsze krwawienia należy powstrzymać według prawideł chirurgii.

Wykład swój zakończył H. przytoczeniem spostrzeżeń robionych przezeń na znanéj mu rodzinie krwawców. Z 5ga dzieci ojca suchotnika umarła jedna dziewczynka w 7 miesiącu życia, druga 6-letnia cierpi na krwotoki nosowe i wybroczyny krwawe na skórze, z trzech chłopców jeden 2½ letni jest suchotnikiem, drugi 7-miesięczny dotąd zdrów, ostatni obecnie 9 lat mający przedstawia począwszy od 17go miesiąca życia objawy krwawicy (zielonawo niebieskie i sine podbiegnięcia krwawe, *Sugillationes*), tudzież krwotoki z nosa i zębodołów. W 4ym roku życia trwało u niego po lekkim urazie krwawienie przez kilka dni, w 6ym roku wystąpiło zapalenie stawu kolanowego prawego przez dziewięć miesięcy trwające, w listopadzie 1878 krwiotok żołądkowy i wymioty krwawe a po roku lekkie uderzenie w czoło wywołało silne krwawienie dające się na razie powstrzymać tamponem zamaczanym w rozczynie półtorachlorku żelaza, przy oddaleniu tamponu krwawienie wystąpiło na nowo, tak że przez 2 miesiące nie można było tamponu odjąć. Po 2ch miesiącach tj. w styczniu 1880 r. przyłączyło się zapalenie stawu kolanowego prawego z gorączką, przyczém dały się wymacać w obrzękniętym stawie twardsze guzy ze skrzepów krwi powstałe.

W lutym wystąpił nieżyt w obu szczytach płuc a wybroczyny na skórze utrzymują się stale. Stan umysłowy chłopca nie pozostawia nic do życzenia. (*Mitheilungen der W. Doct. Colleg.* VI, 16). *Dr. T. W.*

Wiadomości pomniejsze.

(W.) Cygareta indyjskie Grimaulta mają być przyrządzane jedynie z konopi indyjskich (*herba canabis indic.*) i nie powinny, prócz małéj ilości saletry, żadnych innych istot ani roślin zawierać. Braun (*Pharmac. Zeitschr.* 1880, Nr. 31) badał pewną ilość tych cygaret i przekonał się, że t. zw. „cygareta indyjskie z konopi indyjskich“ od Grimaulta z Paryża składają się prawie wyłącznie z liści szaleja (Belladonna) a tylko rzec można zanieczyszczone są okruchami z konopi i innych roślin.

ss) Dawne uprzedzenie co do rwania zębów w przebiegu ciąży zdaje się być już dziś wykorzenioném między lekarzami; podobnie nie sprzeciwia się już dziś nikt starannemu plombowaniu schorzałego zęba. Mimo to w wielu przypadkach leczenie doszczętne jest niemożebnem, już to dla tego, że kobiety sprzeciwiają się wyrywaniu chorych zębów, albo téż tak znaczna ilość zębów równocześnie jest schorzałą, że i sam lekarz nie może przystąpić do jakiegokolwiek dosadniejszego rękoczynu. Skutkiem tego niejedna ciężarna narażoną jest przez całe tygodnie na bezsenne noce, tak, że bóle zębów niepoślednie zajmują miejsce wśród nieprzyjemnych i niepożądanych powikłań ciąży. Zazwyczaj używamy jako środków usmierzających morfinu i chloralu. Środki te jednakowoż mają to do siebie, że usuwają bóle zaledwie na kilka godzin, wśród którego to czasu ciężarna staje się mniéj lub więcéj niezdolną do pracy. Z tych przyczyn zwraca Lindner (*Arch. f. Gynäk.* [t. 16, 2) uwagę na chloral krotonowy, zalecony dawniéj przez Liebreicha przeciwko rwie nerwu troistego. Leku tego Dr. L. używał w ostatnim czasie prawie wyłącznie, i to, jak donosi, ze skutkiem nader pomyślnym. Główna zaleta chloralu krotonowego polega na tém, że znosi bóle nie na kilka godzin, lecz na kilka dni a nawet na cały tydzień, skutkiem czego znacznie rzadziéj niźli innych środków używać go można, tudzież że kobiety podczas leczenia zwykłym swym zajęciom oddawać się mogą. Lek ten podaje się zwykle przed pójściem do snu jak następuje: Rp. *Chloral crotonisat. 0·6.*
Aqu. menth.
Syr. menth.
āā 15·0.
MDS. wypić w szklance wody.

Jakichkolwiek nieprzyjemnych następstw ubocznych niezauważył Dr. L. ani u ciężarnych ani u innych chorych, którym środek ten przeciwko silnym bólom zębów podawał; w jednym tylko przypadku pojawiły się wymioty, co jednakże nie zakłóciło dobrego działania leku.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 2 czerwca 1880, w sali wykładowéj kliniki lekarskiéj.

Przewodniczący kol. Grabowski.

1) Kol. prof. Korczyński wypełniając życzenie wyrażone przez wielu kolegów na zeszłem posiedzeniu oświadcza, że w miarę możności przedstawiać będzie ciekawsze przypadki chorobowe, leczone w klinice lekarskiéj i donosić o skutkach nowych leków w klinice lekarskiéj doświadczanych.

Przedstawia więc następujące przypadki:

a) Dwóch chorych z zagłobą kiszek (*invaginatio intestinorum*). Lubacha Szczepan lat 41 liczący, przyjęty do kliniki stałéj 24 maja br., przebył przed 2ma laty chorobę, trwającą 3 tygodnie, któréj objawy odpowiadać miały jak najzupełniéj chorobie obecnéj. Choroba obecna rozpoczęła się na 8 tygodni przed przybyciem do kliniki po bezsennie na pijatyce spędzonéj nocy w kilka godzin po zjedzeniu większéj ilości wędlin, silnymi kilka godzin trwającymi bólami w brzuchu, które odtąd występowały w napadach zazwyczaj codziennie 5—6 godzin trwających. W pierwszych 6ciu tygodniach choroby pojawiały się wśród bólów wymioty, które z początku były zabarwione żółcią, późniéj okazywać miały bardzo wybitną woń kałową. Bólom w początkach silnym, późniéj dochodzącym do niezwykłego nasilenia towarzyszyła biegunka; w czasie bólów chory oddawał 6 do 7 stolców wodnistych, składających się z krwi i śluzu a rzadko tylko stolce kałowe, przy czém zawsze doznawał dokuczliwego parcia na stolec. Wzdęcie brzucha, które w początkach choroby miało być bardzo znaczne, ustąpiło w dalszym przebiegu choroby, i pojawiło się tylko wraz z kruczeniem w jelitach wśród napadów bólów. Po stolcach kałowych bóle uśmierzały się zazwyczaj rychło, raz nawet przez kilka dni po odejściu kilku obrzednich kałowych stolców bólów ani kruczenia w jelitach, ani wymiotów i parcia wcale nie było.

W czasie wolnym od bólów i parcia badanie wykazuje bardzo nieznaczne wzdęcie brzucha w okolicy podpępkowéj; w okolicy jelita ślepego czuć można jelito kruczące mocno wyschłe, które przy pukaniu wydaje na znacznéj i dokładnie odgraniczyć się dającéj przestrzeni odgłos jawny bębenkowy; począwszy od zagięcia prawego przez całe śródbrzusze aż do zagięcia lewego czuć ciało obłe miernéj twardości 3—4 palców szerokie, nie kruczące i nie obniżające się podczas wdechu, miernie bolesne i wydające odgłos stłumiony a miejscami stłumionobębenkowy, którego granice wypukowe dadzą się dokładnie oznaczyć; w zagięciu lewem czuć zwiększoną oporność i w tém miejscu przy ucisku doznaje dosyć znacznego bólu. W kiszce odchodowéj w czasie wolnym od bólu nie czuć nic nieprawidłowego.

W napadzie bólu obraz ten zmienia się pod wieloma względami: Okolica podpępkowa wydyma się miernie, w licznych miejscach jelit słyszeć się daje przelewanie się płynu, mięśnie brzuszne, osobliwie mięśnie proste brzucha napinają się, okolica jelita ślepego okazuje większą oporność, a odgłos wypukowy w tém miejscu staje się wyższy i metaliczny, obrzęk w całości twardnie, część jego położona po nad pępkiem obniża się, w okolicy zagięcia lewego wyczuć się daje obrzęk twardy na 3 palce szeroki, który w miarę większego nasilania się bólów obniża się ku dołowi i wstępuje w okolicę zatoki biodrowéj lewéj. W takim razie badając przez kiszkę odchodową wyczuć można ciało gładkie, ślizgie, przypominające kształtem część pochwową macicy, tylko znacznie większe, które na około można obejść nie napotkawszy nigdzie sklepienia, i które w samym środku ma otwór przez który wprowadzić można swobodnie palec wskazujący, napotykając tamże ściany równie gładkie i ślizgie. Badanie to jest dla chorego bardzo bolesne.

W przebiegu obserwacyi klinicznéj stan ten trzewiów w niczém się nie zmienił. Pomimo łaknienia w miernym stopniu utrzymanego odżywienie chorego powoli ale stopniowo podupadało. Co kilka dni po silnych bólach odchodził stolec obrzedni, kałowy, codziennie zaś pojawiały się kilka lub kilkanaście godzin trwające bóle połączone z kruczeniem i wydymaniem się brzucha, w śród których odchodziły przy znaczném parciu stolce śluzowo-krwawe. Wymiotów nie było wcale, tylko raz pojawiły się nudności. Ciepłota ciała była obniżona. Dotychczasowe leczenie polegało na podawaniu małych dawek nastoju makowcowego, wstrzykiwaniu podskórném morfiny, okładach ciepłych na brzuch i wlewaniu wody zimnéj a gdy takowa sprawiała choremu większe bóle, wody letniéj za pomocą lejka Hegara; nie wywierało jednak żadnego widocznego wpływu na przebieg choroby.

Rozpoznanie wgłobienia jelit w przypadku danym nie ulega żadnéj trudności i wątpliwości. W obec tego, że chory przebył już raz podobną chorobę z koniecznością przyjąć należy pewne usposobienie oparte najprawdopodobniéj na nieprawidłowych rozmiarach kreski (*mesenterium*). Jelitem wgłobioném będzie najprawdopodobniéj jelito ślepe a może i część kiszki cienkiéj. Przerwanie drożności jelit nie jest zupełném, tylko jak zawsze w przewlekłych zagłobach częściowém. W obec tego zdaniem prelegenta nie jest obecnie wskazaną laparotomija, lecz leczenie wyczekujące, które zmierzać winno do podtrzymywania sił chorego, do uśmierzania bólów i uspokajania chwilowo zanadto wygórowanego ruchu robaczkowego jelit. W obec prawdopodobieństwa istnienia przynajmniéj częściowych zrostów otrzewnowych jelita wgłobionego (za czém przemawia dwumiesięczne przeszło trwanie choroby) i przynajmniéj częściowych zrostów między błonami śluzowemi (za czém zdaje się przemawiać ta okoliczność, że lejkiem Hegara można wlać za każdym razem, nawet w chwili wolnéj od bólów, tylko małą ilość płynu) nie wiele skutku spodziewać się można po wtłaczaniu forsownem płynów lub powietrza. Rokowanie lubo w wysokim stopniu wątpliwe, nie jest jednak zdaniem prelegenta bezwzględnie niepomyślném [1])

(Dokończenie nastąpi.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w ciągu pierwszej połowy miesiąca sierpnia 1880.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem lipca	przybyło	z tych: wyzdrowiało	z tych: umarło	pozostało w leczeniu: chorych	pozostało w leczeniu: w gminach
Ospa	13	19385	46	57	43	20	40	8
Odra	22	31973	569	542	684	49	378	19
Płonica	15	24479	35	365	179	88	133	13
Błonica	18	18903	84	133	118	49	50	9
Dur brzusz.	3	2842	17	1	11	1	6	2
Dur osutkow.	5	4392	19	44	25	2	36	4
Krztusiec	13	22180	331	271	253	21	317	12
Czerwonka	120	145912	980	3125	1596	380	2129	112

Lwów d. 17 sierpnia 1880. *Dr. Merunowicz.*

* W drugiéj połowie lipca b. r. zaszły w przebiegu chorób nagminnych w kraju następujące zmiany:

Ospa wybuchła w Oświęcimie w powiecie bialskim, w Brzanie górnéj i Zborowicach w powiecie grybowskim, w Smarzawie

---

[1]) W kilka dni potém wtłaczając powietrze za pomocą pompy Leiterowskiéj zauważono, że wydyma się tylko śródbrzusze i że odgłos wypukowy poniżéj pępka staje się pełniejszym i jawniejszym, podczas gdy ani kształt obrzęku odpowiadającego zagłobie, ani jego konsystencyja, ani stłumienie odgłosu nie ulega żadnéj zmianie, z czego wnosić należy o przedziurawieniu jelita i o komunikacyi między zagłobą a jelitem cienkiém, która nastała skutkiem owrzodzenia jelita wgłabiającego po poprzedniém zapaleniu zlepnem, z pętą jelita cienkiego. Temu widzeniu rzeczy odpowiadała ta okoliczność, że odtąd chory doznawał mniejszych bólów i częściéj miewał kałowe aniżeli krwawe stolce. Chory na własne żądanie wystąpił z kliniki w drugiéj połowie czerwca.

w powiecie pilźnieńskim, w Ochojnie w powiecie wielickim i w Międzybrodziu w powiecie żywieckim—panuje jeszcze w Radziszowie w powiecie myślenickim, w Zabłociu, Żywcu i Ślemieniu w powiecie żywieckim. Z ogólnéj liczby 208 chorych ospowych wyzdrowiało 108, czyli 50 prc, zmarło 37 czyli 17·5 prc.

Tyfus brzuszny wybuchł w Łężynach w powiecie jasielskim w Łętowni w powiecie myślenickim i w Wołoszynie w powiecie staromiejskim; w innych miejscowościach wygasł; na miesiąc sierpień pozostaje tylko 22 chorych w leczeniu.

Tyfus plamisty wybuchł ponownie w Janinach w powiecie tarnowskim, panuje jeszcze tylko w Zalasowéj w tym samym powiecie, zresztą wygasł w całym kraju.

Natomiast szerzy się dysenteryja. Choroba ta panuje obecnie w 59 gminach 27 powiatów, mianowicie w sześciu gminach powiatu bocheńskiego (Chodoniec, Grabie, Kolanów, Lipnica dolna, Bytomsko i Łąka górna), w Sołotwinie w powiecie bohorodczańskim, w Narajowie w powiecie brzeżańskim, w Drohobyczce, Izdebkach i Humniskach w powiecie brzozowskim, w Maniowie, Miechowicach, w Słupcu i Lubaszu w pow. dąbrowskim, w Kotowie i Żohatynie w pow. dobromilskim, w Grabowie i Perehińsku w pow. dolińskim, w Turzy, Rzepienniku biskupim i Ropie w pow. gorlickim, w Rudce w pow. jarosławskim, w Osobnicy i Łazach dębowieckich w pow. jasielskim, w Niebylowie, Slobodzie niebyłowskiéj i Medynie w pow. liskim, w Radomyślu i Rudzie w pow. mieleckim, w Juzczynie, Radziszowie i Borzęcie w pow. myślenickim, w Mostkach i Rudniku w pow. niskim w Łososinie, Jazowsku i Michalczowéj w pow. sandeckim, w Łękach górnych i Borowy w pow. pilźnieńskim, w Bachowie i Krzywczy w pow. przemyskim, w Lipicy dolnéj w pow. rohatyńskim, w Tysowicach w pow. staromiejskim, w Sokolnikach, Dąbrowiu i Motyczu szlach. w pow. tarnobrzeskim, w Bratkowcach w powiecie tlumackim, w Remizowcach w pow. złoczowskim, w Rychwałdku w pow. żywieckim. Z ogólnéj liczby 1919 leczonych chorych wyzdrowiało 717 czyli 37·3 prc. zmarło 212 czyli 11 prc., reszta pozostaje w leczeniu.

Płonica panowała w 16 gminach dziewięciu powiatów, z 306 leczonych chorych wyzdrowiało 183 (prawie 60 prc.), umarło 59 czyli 16 prc.; 64 chorych pozostaje w leczeniu w 9 gminach.

Błonica (*dyphtheritis*) panowała w 18 gminach, 12 powiatów, z 270 leczonych chorych wyzdrowiało 134 czyli 50 prc. zmarło 55 czyli 20 prc.; 81 chorych pozostaje w leczeniu.

Odra panuje głównie w powiecie czortkowskim, jarosławskim i przemyskim. Przebieg téj choroby jest łagodny, gdyż tylko 4 prc. chorych umiera.

Koklusz panuje głównie w brzozowskim, złoczowskim i żywieckim pow. Śmiertelność 2 prc.

Z c. k. Namiestnictwa.

Lwów, dnia 6 sierpnia 1880 r.

* Siódmy międzynarodowy kongres lekarski odbędzie się między 3 a 9 kwietnia 1881 r. w Londynie. Osoby życzące wziąść udział i mieć odczyty winne się zgłosić przed 1 kwietnia 1881 r. do Dra W. Mac-Cormaca (13, Harley Street, London). Przewodniczącym kongresu będzie Dr Paget; kongres podzieli się na 15 sekcyj; przemawiać można będzie w językach angielskim, francuskim i niemieckim, podczas kongresu urządzoném zostanie muzeum przedmiotów z medycyną styczność mających.

Statystyka epidemij. W tygodniu 30 prawie we wszystkich miastach ospa się bardziéj rozszerzyła. Tylko w Chrystyjanii i Petersburgu umarło po 2, w Maladze 4, w Pradze 6, w Wiedniu umarło 8, w Budapeszcie 13, w Tryjeście 6, w Paryżu 41, w Odessie i Bukareszcie po 4. Z Barcelony, Walencyi i Murcyi donoszą o sporadycznych przypadkach. Nieżyty jelitowe zabrały więcéj ofiar w Wiedniu, Budapeszcie, Berlinie, Paryżu, Kopenhadze, Odessie i innych miastach. Pokazują się także liczniejsze przypadki czerwonki. W Baltimore, Cincinati Nowym Orleanie wydarzyły się przypadki cholery z końcem czerwca i początkiem lipca. Z duru brzusznego i osutkowego mniéj umiera w Petersburgu. W tygodniu 31 umarło w Krakowie: 1 z ospy, 4 z płonicy, 1 z dławca, 1 z duru brzusznego, 4 z czerwonki i 1 z róży, a doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach ospy (z Pędzichowa pod l. 66), 8 czerwonki (z ul. Straszewskiego l. 6, z ul. Gołębiéj l. 182, z ul. św. Rocha l. 459, z ul. Franciszkańskiéj, z Wolnicy, z Dąbia, z Wyciąży; z Podgórza), 1 płonicy (z Prądnika Czerwonego).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 30, (do 31 lipca umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 39,2; we Lwowie 27,7; w Warszawie 40,3; w Poznaniu 36,4; w Wiedniu 22,7; w Budapeszcie 41,9; w Pradze 45,8; w Bazylei 28,5; w Brukseli 20,2; w Amsterdamie 22,8; w Paryżu 27,4; w Londynie 24,9; w Kopenhadze 24,0; w Stokholmie 30,9; w Chrystyjanii 24,0; w Petersburgu 48,8; w Odessie 53,8; w Rzymie 26,8; w Wenecyi 35,1; w Bukareszcie 32,0; w Barcelonie 31,9; w Aleksandryi 50,0; w Nowym Jorku 60,8; w Bombayu 27,0; w Madrasie 37,0. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 sierpnia. Minister wyznań i oświaty w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych mianował dla egzaminów ścisłych lekarskich w r. 1880/81 odbywać się mających w Uniwersytecie krakowskim: prof. Dra St. Janikowskiego komisarzem rządowym, prof. Dra L. Teichmanna jego zastępcą; koegzaminatorem przy drugim rygorozum Dra St. Pareńskiego, docenta Uniwersytetu i prymaryjusza szpitala św. Łazarza, a Dra St. Paszkowskiego, prymaryjusza tegoż szpitala, jego zastępcą; koegzaminatorem przy trzecim rygorozum prof. Dra A. Rosnera, a jego zastępcą Dra A. Obalińskiego prymaryjusza w szpitalu św. Łazarza.

* *„Gołos“* donosi, że zdrojowisko bromo-jodowe w Birsztanach na Litwie, kierowana przez Drów Rymowicza i Radeckiego w roku bieżącym miało liczny zjazd gości kąpielowych.

* *„Nowoje Wremia“* donosi, że projekt założenia Wydziału lekarskiego w Odessie przechodzi nareszcie w okres urzeczywistnienia; roczny preliminarz wydatków wynosić będzie 127,000 rs.; postawienie budynków 600,000 rs., czwartą część téj sumy pokryje miasto.

* **Warszawa** 14 sierpnia. W ciągu ubiegłego tygodnia przybyły w Warszawie 2 zakłady lecznicze prywatne: „Lecznica dla przychodzących chorych wraz z domem zdrowia“ i „Zakład leczniczy chirurgiczno-ortopedyczny Dra Jasińskiego.

* W Cieplicach czeskich do d. 10 sierpnia bawiło gości kąpielowych 9053.

* W Giesshübl-Puchstein do dnia 13 sierpnia bawiło gości kąpielowych 103.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 33: Modrzejewskiego: O sposobie Sayrea leczenia skrzywień i złamań kręgosłupa; Heimana: Sprawozdanie z czynności chirurg. szpitalnéj za r. 1879.

Piśmiennictwo lekarskie. Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Kolego!

Ponieważ Redakcyja „Przeglądu Lekarskiego“ dotychczas żywo się zajmowała sprawą Słownika lekarskiego polskiego, przeto mam miłą nadzieję, że i teraz nie odmówi zamieszczenia następującéj wiadomości o dalszych postępach naszéj pracy, o co w imieniu prof. Oettingera i swojém uprzejmie Szanownego Kolegę upraszam.

Czytelnikom „Przeglądu“ wiadomo, że wymiana zdań między Towarzystwem lekarskiém naszém a Towarzystwem lek. warszawskiém pod względem słownictwa lekarskiego jest już od kilku miesięcy w pełnym toku. I tak w m. maju rb. otrzymaliśmy od Tow. lek. warsz. uwagi (w liczbie około 200) nad Słownictwem psychijatryczném wypracowanem przez Komitet złożony z Drów Łuczkiewicza, Pląskowskiego, Rothego i Taczanowskiego, oraz przybranych członków prof. H. Struvego i Józ. Przyborowskiego. Uwagi te, jakoteż osobno nadesłane liczne uwagi Dra Ludwika Natansona z Warszawy, Dra Henryka Goldberga z Warszawy (ze stanowiska psychologii), Dra L. Feigla ze Lwowa i Dra Laskiewicza z Kulparkowa starannie już przestudyjowaliśmy z kol. Oettingerem; zupełne jednak zużytkowanie tychże odłożyć musieliśmy do czasu po wakacyjach,

gdy pod przewodnictwem Prezesa Dra Majera, przybierając w miarę potrzeby do narad odpowiednich specyjalistów, ostatni raz jeszcze zastanawiać się będziemy nad wyrazami nastręczającemi wątpliwość.

Następnie, dnia 17 lipca rb. za uprzejmém pośrednictwem samego Prezesa Tow. lek. warsz., prof. Tyrchowskiego, otrzymaliśmy wypracowanie innego Komitetu tegoż Towarzystwa (zawiązanego na wniosek prof. Łuczkiewicza), złożone: *a*) z uwag ogólnych, znanych już czytelnikom „Przeglądu,“ bo przedrukowanych w Nrze 30 rb.; oraz *b*) mniéj więcéj z tysiąca uwag szczegółowych, tyczących się wszystkich gałęzi słownictwa lekarskiego. Tego materyjału, tak łaskawie i skwapliwie nam nadesłanego, jeszcześmy zmódz nie zdążyli; ale nie tracimy czasu, i w szczególności przypadła mi teraz praca przepisania na kartki uwag lakonicznych, niemotywowanych, notowanych na brzegach egzemplarza „Słownika“ Skobla i Kremera (z r. 1868) i naszego „Uzupełnienia“ (z r. 1876). Pospieszam jednak dodać, że nie wszystkie uwagi, z Warszawy nadesłane, są tak lakoniczne; owszem bardzo wiele nadesłano nam uwag szczegółowych, na osobnych kartkach, dokładnie i wyczerpującym sposobem uzasadnionych, między któremi, o ile z dotychczasowego przejrzenia miałem sposobność przekonać się, osobliwie przekonywające są po większéj części uwagi profesorów Brodowskiego i Łuczkiewicza, jakotéż (mniéj liczne) Dra J. Ferd. Nowakowskiego. W tém miejscu miło mi dodać, że Dr. Ludwik Natanson, któremu czas nie pozwolił wziąć udziału w posiedzeniach rzeczonego Komitetu, z własnéj ochoty nadesłał mi przeszło 400 uwag nader zajmujących nad wyrazami Słownika, za co mu niniejszém osobno składam podziękowanie. Samo przepisanie tych 1400 uwag i wyszukanie odpowiednich kartek naszego Słownika zajmie mi jeszcze ze dwa tygodnie czasu, w czém mi kand. med. R. Laskowski umiejętnie dopomaga.

Możemy pochwalić się jeszcze ważniejszemi rezultatami naszéj pracy, zbliżającemi pożądaną zgodę pod względem słownictwa lekarskiego polskiego. Oto udało nam się, niejako w przelocie, porozumieć się tu w Krakowie w sprawie Słownictwa z zakresu anatomii patologicznéj z prof. Brodowskim, a co do Słownictwa położniczego z prof. Tyrchowskim i z jednym i z drugim szanownym kolegą z Warszawy przeszliśmy w kilku posiedzeniach wszystkie wyrazy odpowiedniego działu Słownika naszego, a ustna wymiana uwag i wyjaśnień oczywiście wielce ułatwiła wzajemne ustępstwa i porozumienie się. Prócz tego, w skutek objawionego mi łaskawie życzenia ze strony prof. Baranowskiego, bawiącego przez lato w Zakopanem, przesłałem temuż kartki naszego Słownika z zakresu patologii wewnętrznéj; a zatém i wtym kierunku porozumienie się z lekarzami warszawskimi jest utorowane.

Po psychijatryi najwięcéj wątpliwości i trudności przedstawiał nam dział anatomii opisowéj i histologii. Otóż po licznych i mozolnych posiedzeniach odbytych z kol. Kadyim, wybraliśmy około 500 wyrazów z zakresu tych nauk (jakotéż po części z embryjologii i fizyjologii), co do których zasięgnąć zamierzamy zdania towarzystw lekarskich: warszawskiego, lwowskiego i poznańskiego. Wyrazy te, sposobem hektograficznym, już są na 6½ arkuszach przepisane i w tych dniach zamierzam je wysłać do Warszawy Lwowa i Poznania.

Łączę szczere koleżeńskie pozdrowienie *Dr. Janikowski.*

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co [illegible] w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 28 sierpnia 1880. № 35. Rok XIX.

TREŚĆ: I. KLINK. O działaniu *Silphium cyrenaicum* w dymienicach ostrych. — II. Z pracowni prof. Dra Browicza w Krakowie. MARS. O przechodzeniu istot upostaciowanych z krążenia matki do krążenia płodu. (Dok.) — III. *Oceny i sprawozdania*: LICHTCHEIM i ANDEER. — *Wiadomości pomniejsze*. — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Posiedzenie Tow. lek. krak. (C d.) — V. *Odcinek*: KWAŚNICKI. Wspomnienie pośmiertne śp Pawła Broki. — VI. *Wiadomości bieżące*.

I. O działaniu *Silphium cyrenaicum* w dymienicach ostrych.

Podał E. Klink,
Ordynator szpitala św. Łazarza w Warszawie.

Piękne rezultaty jakie otrzymał Dr. L. Glück, przy stósowaniu *Silphium cyrenaicum* na dymienice ostre, rezultaty potwierdzone następnie i przez Dra Zarewicza, który pierwszy podał myśl stósowania tego leku, oraz i przez Dra Warschauera, skłoniły mię do przeprowadzenia szeregu doświadczeń z tym nowym środkiem lekarskim, rezultaty których ośmielam się przedstawić czytelnikom Przeglądu.

Używałem przetworu sprowadzonego wprost z Paryża od pp. aptekarzy Derode i Deffès, a doświadczenia moje poczyniłem na 4 kobietach i 6 mężczyznach.

Zanim przytoczę szczegółowo moje spostrzeżenia zaznaczyć muszę, że pędzelkowanie było stósowane ściśle wedle przepisów podanych w pracach Drów Glücka i Zarewicza, pomieszczonych w Przeglądzie lekarskim z r. b. w Nr. 20—24.

We wszystkich prawie przypadkach stósowania *silph. cyren.* rezultat był ujemny.

Oto moje spostrzeżenia.

Spostrzeżenie I. Julija P., lat 23 licząca, dobrze zbudowana i odżywiona, przybyła do szpitala d. 2 lipca br. z następującymi objawami: W dole łódkowatym (*fossa navicularis*) owrzodzenie szankrowe wielkości grochu okrągłego; w pachwinie guz dosyć twardy wielkości dużego orzecha włoskiego, bolesny przy ucisku, skóra zaczerwieniona, objawów ropienia nie ma. Guz ten trwa od 10 dni. Zaleciliśmy kataplazmy.

Dnia 3 lipca guz nieco się powiększył, przyczem chora uskarżała się na mocne bóle w guzie, niepozwalające jéj spać przez całą noc.

Dnia 4 lipca objawy ropienia wyraźne, przyczém skóra jest bardziéj zaczerwienioną, bolesność przy ucisku dosyć znaczna, guz powiększył się.

Wykonano tego dnia po raz pierwszy pędzelkowanie, które powtórzono wieczorem.

Dnia 5 lipca na całéj powierzchni skóry, gdzie dokonano pędzelkowania, wytworzyło się bardzo wiele drobnych pęcherzyków ropnych, skóra pokrywająca dymienicę zaczerwieniona; bolesność guza trwa, ropienie nieco się powiększyło.

Dnia 6 lipca ilość pęcherzyków ropnych, nietylko na miejscach gdzie dokonano pędzelkowania ale i na skórze otaczającéj dymienicę, nawet na wardze sromnéj lewéj, dosyć znacznie się powiększyła.

Dnia 7 lipca bolesność dymienicy nie zmniejszyła się, ilość pęcherzyków ropnych bardzo znaczna, na obwodzie pęcherzyki przysychają; ropienie powiększa się tak, że chełbotanie jest bardzo wyraźne. Podczas pędzelkowania chora uskarżała się na dotkliwy ból, który ustąpił pozaprzestaniu pędzelkowania.

Dnia 8 i 9 lipca ropienie coraz bardziéj powiększa się, dymienica dochodzi wielkości jaja kurzego. Pęcherzyki ropne na skórze, w skutek pędzelkowania, pootwierały się i powstały przez to drobne powierzchowne owrzodzenia.

Dnia 11 w nocy, przy objawach wzrastającego ropienia, dymienica pękła, poczém wypłynęło około łyżki stołowéj ropy. Skóra pokrywająca dymienicę była jeszcze dosyć gruba.

Od tego dnia zaprzestano pędzelkowania.

W przypadku przytoczonym dymienica od dnia 4 lipca tj. od dnia wystąpienia wyraźnych objawów ropienia do dnia 11 lipca, tj. dnia dobrowolnego jéj pęknięcia, ciągle się powiększała i ropienie bezustannie się rozwijało.

Spostrzeżenie II. Teodozyja K., lat 18 licząca, dosyć dobrze zbudowana i odżywiona, przybyła do szpitala dnia 8 maja br. z następującymi objawami: W dołku łódkowatym owrzodzenie szankrowe; w obu pachwinach znaczne obrzmienie gruczołów.

Ropienie w obu pachwinach rozwijało się przez czas kilku tygodni, daleko jednakże szybciéj postępowało w pachwinie lewéj jak prawéj, chociaż w ogóle ropienie odbywało się bardzo powolnie. Dnia 15 czerwca przecięto dymienicę w pachwinie lewéj; wówczas nie stósowano *silphium cyren.*

W pachwinie prawéj dymienica rozwijała się jeszcze powolniéj, ropienie postępowało bezustannie tak, że guz dn. 1 lipca doszedł do rozmiarów średniego gęsiego jaja.

Zamierzaliśmy już dawno przeciąć tę dymienicę, lecz chora się temu opierała. Otrzymawszy *silphium cyrenaic.* zastósowaliśmy pędzelkowanie dwa razy dziennie tym środkiem lekarskim.

Dymienica już wówczas, że się tak wyrażę, była przejrzała, skóra mocno zaczerwieniona, dosyć cienka, chełbotanie na obszernéj przestrzeni, dymienica niebolesna.

Dnia 3 lipca dokonano po raz pierwszy pędzelkowania, które powtórzono wieczorem; pędzelkowano przez 10 minut. Podczas pędzelkowania chora nie doznawała żadnego bólu.

Dnia 4 lipca nie ma żadnych objawów podrażnienia skóry, lecz chora uskarża się na mocne palenie i swędzenie na miejscach gdzie wykonane było pędzelkowanie. Dymienica nie zmieniła się.

Dnia 5 lipca nieznaczne objawy podrażnienia skóry ilość drobnych pęcherzyków ropnych niewielka.

Dnia 6 lipca dymienica wyraźnie się powiększyła; skóra pokrywająca dymienicę mocno zaczerwieniona, ilość drobnych pęcherzyków ropnych znacznie się powiększyła, a nawet okazały się one i na wardze sromnéj prawéj, powodując nieznośne swędzenie i palenie. Podczas pędzelkowania chora nie doznawała najmniejszego bólu.

Dnia 7 lipca nad ranem dymienica pękła, przyczém wylała się bardzo znaczna ilość ropy. Zaprzestano pędzelkować.

W przypadku tym w przeciągu 4 dni kiedy wykonywano pędzelkowanie, dymienica się powiększała w skutek zwiększonego ropienia, poczém nastąpiło dobrowolne pęknięcie dymienicy.

Spostrzeżenie III. Józefa G., dobrze zbudowana i odżywiana, lat 21 licząca, przybyła do szpitala d. 2 lipca br. z następującymi objawami.

Owrzodzenie szankrowe na wardze sromnéj większéj lewéj; w pachwinie lewéj dosyć znaczne obrzmienie gruczołów pachwinowych, dochodzące do wielkości orzecha włoskiego, bolesne i nie przedstawiające objawów ropienia. Dymienica trwa od 8 dni. Zaleciliśmy kataplazmy.

Dnia 4 lipca wyraźne objawy ropienia przyczém dymienica nieco się powiększyła.

Dnia 5 lipca ropienie się powiększa i dlatego w dniu tym poraz pierwszy dokonano pędzelkowanie *Silphium cyrenaicum.*

Dnia 6 lipca na całéj powierzchni skóry guz pokrywającéj, drobne, w nieznacznej ilości, pęcherzyki ropne; ropienie się powiększało, dymienica nieco większa, przyczém bolesność przy ucisku dosyć znaczna.

Dnia 7 lipca ilość pęcherzyków ropnych na skórze nieco się powiększyła, ropienie w dymienicy powiększa się, guz dochodzi do wielkości jaja kurzego, chełbotanie bardzo wyraźne, pomimo, że skóra dymienicę pokrywająca dosyć gruba.

Dnia 8 i 9 lipca ilość pęcherzyków ropnych znacznie się powiększyła, niektóre z nich mianowicie na obwodzie będące przysychają, zaś więcéj ku środkowi leżące przedstawiają szereg owrzodzeń okrągłych powierzchownych, dosyć obficie sączących surowicę i ropę. Dymienica się powiększa, skóra pokrywająca nieco ścieńczała, chełbotanie daje się wyczuć na obszerniejszéj przestrzeni. Podczas pędzelkowania chora uskarżała się na dosyć dotkliwy ból, który ustępował po zaprzestaniu pędzelkowania.

Dnia 10 i 11 lipca, w skutek pędzelkowania obnażonéj z naskórka skóry, owrzodzenia powstałe po pęknięciu pęcherzyków ropnych, powiększają się i są wielkości grochu okrągłego, przyczém z powierzchni mocno zaczerwienionéj sączy się dosyć ropy. Dymienica nie powiększa się; przy ucisku dosyć bolesna.

Dnia 12 i 13 lipca ropienie w dymienicy powiększa się, przyczém i sam guz także się powiększył. Skóra jest coraz cieńsza.

Dnia 14 i 15 lipca wszystkie miejsca na skórze dymienicę pokrywającéj, które przedstawiają się jako małe okrągłe owrzodzenia, bardzo symulujące płaskie lepieże (*condylom. plana*). granulują przez co powierzchnia skóry przedstawia się jakby była pokryta przerosłymi lepieżami płaskiemi, ściśle obok siebie położonymi. Ropienie z tak obnażonych powierzchni jest dosyć znaczne.

Dnia 16 i 17 lipca, ropienie dymienicy wcale się nie zmniejsza i guz dochodzi do wielkości dużego jaja kurzego. Bolesność dosyć znaczna.

Dnia 18 i 20 lipca, przerosłe okrągłe owrzodzenia przedstawiają się jako coraz bardziéj zlane i grubiejące lepieże płaskie, przez co skóra dymienicę pokrywająca przedstawia się jako znacznie zgrubiała. Dymienica od dwóch dni nie powiększa się i nie zmniejsza.

Dnia 21 i 22 lipca stan się nie zmienił, granulujące owrzodzenia, powstałe po pędzelkowaniu, zlewają się coraz więcéj i ilość sączącéj się ropy z ich powierzchni jest dosyć znaczna. Objawy chełbotania w dymienicy bardzo wyraźne.

Nieotrzymawszy żadnego rezultatu pod względem zmniejszenia się ropienia w dymienicy, po 18 dniach pędzelkowania, a nadto widząc na skórze znacznie przerosłe granulacyje owrzodzeń, powstałych po pędzelkowaniu *Silphium cyrenaicum,* wyrzekliśmy się dalszego użycia tego leku.

W przypadku tym, pędzelkowanie *Silphium cyrenaicum* było stósowane z samego początku powstającego ropienia, które stale powiększało się prawie przez cały czas pędzelkowania i nie tylko że nie sprowadziło wessania ropy, lecz spowodowało znaczny przerost skóry.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z pracowni prof. Dra Browicza w Krakowie.

O przechodzeniu istót upostaciowanych z krążenia matki do krążenia płodu.

Podał Dr. A. Mars,
Asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj Uniw. Jag.

(Dokończenie. Patrz Nr. 34).

III. Królicy małéj wstrzyknięto do żyły na łapce lewéj 2·5 gramów zawiesiny chromanu ołowiowego. W 3 godziny zabito królicę chloroformem. Krew matki zawiera liczne ziarnka. W otwartéj jamie brzusznéj znaleziono w rogu le-

wym jajo płodowe. Długość płodu 4 cm. Po wydobyciu jaja płodowego części dodatkowe zachowano w płynie Müllera, płód zaś poddano badaniu. Co do krwi płodu to badano takową z naczyń pępowinowych, serca, i innych organów. Wszystkie próbki okazują ziarnka chromanu ołowiowego, w łożysku nie znaleziono wcale złogów barwikowych.

IV. Królicy małéj ciężarnéj wstrzyknięto do żyły na łapce lewéj pełną strzykawkę tj. 5 gramów zawiesiny cynobru. W $1\frac{1}{2}$ godziny zabito królicę. U matki we krwi liczne ziarnka cynobru nadto świeże wybroczyny w płucach, zresztą płuca prawidłowe. W macicy 8 płodów każden długości 15 mm. Krew kilku płodów wzięta z naczyń pępowinowych i innych narządów płodu okazuje bardzo nieliczne ale pewne ziarnka cynobru. W łożyskach badanych gdzieniegdzie ziarnko cynobru.

V. Królicy dużéj francuskiéj wstrzyknięto 5 gramów zawiesiny ultramarynu. Wstrzykiwanie trwało przeszło pół godziny. Próbka z ucha matki okazuje nader liczne ciałka barwikowe. Pozostawiono królicę do dnia drugiego. W nocy zdechła. Krew płodów na $7\frac{1}{2}$ cm. długich badana na drugi dzień okazuje niepewne ziarnka ultramarynu. Płód i łożysko zachowano do badania organów. Łożysko badane pod drobnowidem jako też wątroba płodu okazują liczne bardzo ziarnka ultramarynu.

VI. W ciągu 45 minut wstrzyknięto czarnéj, dużéj francuskiéj królicy 10 grm. zawiesiny ultramarynu. W 5 godzin zabito królicę chloroformem a w otwartéj jamie brzusznéj znaleziono 11 płodów. Każden z pomienionych płodów miał długość od czoła do nasady ogona $11\frac{1}{2}$ cm. Przed otwarciem jamy brzusznéj widać było ruchy płodów, wyjęte zaś z macicy oddychają i chodzą po stole. Te, które późniéj z macicy wydobyto, ruszają się dopiero po poprzedniém drażnieniu, a po włożeniu ich do ciepłéj wody tak aby głowa była nad wodą, poczynają się swobodnie ruszać i żyją jeszcze czas dłuższy. Krew płodów z naczyń pępowinowych, serca, wątroby, śledziony, okazuje miernie liczne bryłki barwika.

VII. W ciągu 30 minut wstrzyknięto królicy 8 gramów mleka do żyły szyjnéj. W pół godziny skrwawiono królicę. W krwi matki krążyły liczne nader kulki tłuszczowe różnéj wielkości. W macicy po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono 9 płodów, każden 8 cm. długi. We krwi tak naczyń pępkowych jakotéż serca znajdowały się w części preparatów nie liczne kulki tłuszczowe odosobnione, jakotéż zlewające się ze sobą w większe krople, w części zaś dosyć liczne kuleczki.

VIII. W przeciągu 45 minut wstrzyknięto królicy małéj ciężarnéj 15 cm. sześć. mleka. W 15 minut zabito królicę chloroformem. Po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono 5 płodów po 4 cm. długości. Wyjmowane płody jeden za drugim robią ruchy oddechowe, a po kilku jeszcze minutach drażnione robią ruchy odnogami i ruchy oddechowe. Krew płodów badana z różnych narządów okazuje tak nieliczne kulki tłuszczowe, że na pewno powiedzieć nie można, aby były z krążenia matki przeprowadzone.

IX. Małéj królicy wstrzyknięto przez żyłę na łapce prawéj 10 cm. sześciennych mleka. W 4 godziny urodziła jeden płód donoszony 11 cm. długości mający. Badana krew płodu z serca wzięta okazuje dużo kulek tłuszczu, które gdzieniegdzie zlewają się ze sobą, tworząc większe kule tłuszczowe.

X. Królicy małéj brzemiennéj wstrzyknięto 5 gramów przesączu zgniłego mięśnia nalanego wodą. Królicę pozostawiono do dnia drugiego. W nocy poroniła 5 płodów, które okazywały nader szybki rozkład, dla tego poszukiwań zaniechano. Długość płodów wynosiła $5\frac{1}{2}$ cm. każden.

XI. Dużéj królicy wstrzyknięto w ciągu 5 minut 14 cm. sześć. świeżéj cieczy gnilnéj jak w doświadczeniu poprzedniém. Przed wstrzyknięciem badano nader starannie kilkakrotnie krew królicy, przy czém nie można było odnaleść żadnych bakteryj. Po wstrzyknięciu pomienionéj cieczy królica wkrótce zdechła. Krew z serca matki badana zawiera miernie liczne téż same twory, które znaleziono w cieczy gnilnéj. Krew badana z naczyń pępowinowych, serca itd., 4ch płodów (w macicy znaleziono 8, z których każden miał 6 cm. długości) zawierała każda nieliczne kuleczki pasorzytne skupione po dwie, jakotéż króciutenkie prątki równe lub ze zgrubiałym końcem.

XII. Dużéj francuskiéj królicy ciężarnéj wstrzyknięto w przeciągu godziny 10 cm. sześć. cieczy gnilnéj pochodzącéj z gnijącéj krwi ludzkiéj przygotowanéj od 3ch tygodni aby nie działała zbyt trująco na królicę. W 15 minut po wstrzyknięciu zdechła królica; natychmiast otworzono jamę brzuszną i znaleziono 10 nieżywych płodów, z których każdy miał długości od czoła do nasady ogona $10\frac{1}{2}$ cm. Mimo że tuż po śmierci matki otwarto macicę, płody acz duże mimo cucenia nie oddziaływały wcale. We krwi pępowinowéj płodu jakotéż ze serca wziętéj z 3ch płodów, w każdéj próbce znaleziono miernie liczne bakteryje. Uderzającém było w tym przypadku to, że krew płodów była ciemniejszą niż zwykle, gęstszą, lipką, a tém samém widocznie była już zmienioną.

XIII. W przeciągu godziny wstrzyknięto do żyły szyjnéj francuskiéj królicy dużéj 10 cm. sześciennych cieczy gnilnéj jak w poprzednim przypadku. W 15 minut po wstrzyknięciu zdechła królica. Po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono jeden tylko nieżywy płód, który miał długości $5\frac{1}{2}$ cm. licząc od czoła do nasady ogona. Badana krew płodu z naczyń pępowinowych, serca i innych narządów zawiera miernie liczne bakteryje. Podobnież badana woda płodowa zawiera takowe.

XIV. W przeciągu 30 minut wstrzyknięto przez prawą żyłę szyjną królicy dużéj francuskiéj 6 cm. sześć. cieczy gnilnéj téj co i w poprzednim przypadku. Ciecz ta stojąca już kilka tygodni zawiera rozliczne formy bakteryj a między niemi i spirochety. Po wstrzyknięciu téj cieczy królica śród drgawek zginęła. Natychmiast otwarto jamę brzuszną i znaleziono 6 płodów, z których każdy miał 9·5 cm. długości. Badana krew matki okazuje miernie liczne prątki. Krew zaś płodu z serca i naczyń pępowinowych okazuje nie liczne bakteryje drobniejsze, większych jednakowoż, jak spirochet, nie znaleziono.

XV. Królica mała. Wstrzyknięto jéj w ciągu 30 minut 8 cm. sześć. płynu tego, który i w poprzednich przypadkach był używany. Królica zdechła w niespełna 30 minut. W macicy po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono 8 płodów, każden długości 4·25 cm. Krew płodów wzięta ze serca z naczyń pępowinowych okazuje pod drobnowidem bakteryje.

Zestawiwszy powyż przytoczone doświadczenia widzimy, że z wyjątkiem doświadczenia X, w którém po wstrzyknięciu cieczy gnilnéj nastąpiło poronienie i płody już rozkładające się niebyły badane, gdyż obecność bakteryj z góry przypuścić należało z powodu rozkładu, jako też doświadczenia VIII, w którém po wstrzyknięciu mleka badana krew dała wynik bardzo niepewny, w reszcie doświadczeń we wszystkich przypadkach mogłem stwierdzić niewątpliwą obecność istót obcych do krwi matki wstrzykniętych we krwi płodu,

w doświadczeniach zaś drugiém, w którém badanie przedsięwzięto po 5ciu dniach i piątym, w którém badanie przedsięwzięte było dopiero dnia następnego, krew wprawdzie nie zawierała pewnych śladów obecności barwika, natomiast łożyska jakotéż wątroby obu płodów barwik niewątpliwie zawierały.

Wyniki doświadczeń moich są poniekąd w sprzeczności z doświadczeniami innych, które powyżéj przytoczyłem, wykazują one bowiem prawie stałe przechodzenie w krążenie płodu istót obcych molekularnych do krwi matki wprowadzonych, czego nie wykazują wyniki pomienionych wyżéj badaczy. Sprzeczność ta zdaniem mojém jest tylko pozorną jeżeli się uwzględni czas, który upłynął od chwili wprowadzenia pewnych istót w krążenie matki do chwili, w któréj badano krew płodu lub jego narządy. Wychodząc bowiem z tego założenia, iż obieg krwi dopełnia się w krótkim stosunkowo nader czasie: według Vierordta u człowieka w 23·10 sekund, u psa 16·70 sekund, u królika nawet w 7·79 sekund, że więc istoty molekularne nader szybko w krążenie łożyskowe się dostają, że istoty te przez pewien stosunkowo tylko krótki czas znajdują się w obiegu krwi, późniéj zaś gromadzą się w narządach, w których krążenie jest nader wolne i stosunki naczyniowe do gromadzenia się tamże istót molekularnych korzystne, że wreszcie ilość tych ciał przenikająca w krążenie płodu jest stosunkowo nieznaczną, przedsiębrałem badanie krwi, w krótkim czasie po wprowadzeniu tych istót w krążenie matki.

W doświadczeniach opisywanych przez wyż pomienionych autorów, badanie krwi uskuteczniano nieraz bardzo późno a nawet w 2 i więcej dni po wstrzyknięciu, w którym to czasie krew krążąca już nie zawiera barwika, a ilość stosunkowo nieznaczna obcych ciał dostających się w krążenie płodowe utrudnia nader wykazanie tychże w narządach Że barwik w razie badania późniejszego niknie z krwi krążącéj, świadczy doświadczenie II i V, i tak w doświadczeniu drugiém królica w 5 dni urodziła płody po wstrzyknięciu tuszu do jéj żył, poczém uskutecznione badanie płodów wykazało, że podczas gdy w krążeniu barwik nie znachodził się, to w wątrobie znaleziono takowy w dosyć znacznéj ilości; podobnie rzecz się ma w doświadczeniu piątém, w którém wstrzyknięto królicy po południu ultramaryn, w nocy takowa zdechła; w krwi płodów znaleziono niepewne tylko ślady barwika, podczas gdy łożysko i wątroba płodu zawierały takowy niewątpliwie. Sprzeczne wyniki jakie powyż wymienieni autorowie uzyskali, tłumaczą się jak mi się zdaje tą okolicznością, iż nie uwzględniano czasu, kiedy po wstrzyknięciu istót obcych w krew matczyną badanie płodów przedsięwziętém było, co w obec stosunkowo małej ilości istót obcych w krążenie płodowe przechodzących i trudności wykazania tychże wśród tkanek stałych znacznie wpłynąć musi na wynik doświadczenia.

Namienić tu winienem, że wstrzykując ciecz gnilną, bakteryje zawierającą wstrzykiwałem ją nader powoli w małych ilościach co kilka minut, rozkładając dawkę całą wstrzyknąć się mającą niekiedy na całą godzinę; wprowadzałem zatém w ten sposób w krążenie bardzo znaczną ilość bakteryj. Królice ginęły pod wpływem cieczy gnilnéj albo w ciągu wstrzykiwań tj. w $1/2$ do 1éj godziny po rozpoczęciu wstrzykiwania albo wkrótce po dokonaném wstrzyknięciu jak w przypadkach XIII i XV; badanie zaś płodu uskuteczniałem natychmiast.

Ilość jakkolwiek bezwzględnie nieznaczna cieczy wprowadzonéj powoli w małych a częstych dawkach, nie mogła w niczém wpłynąć na parcie ościenne w naczyniach, przez co przenikanie tych istót ułatwioném byćby mogło.

Co do obecności bakteryj, które znajdowałem we krwi płodowéj, uczynićby można zarzut, iż twory te pasorzytnicze znajdować się mogły już w ustroju normalnym.

Co się tyczy obecności bakteryj i mikrokoków w ustroju normalnym istnieje również niezgoda między autorami i tak gdy jedni jak Tiegel (Virchowa Archiw 60 1875 r.), Koukol Yasnopolski (Pflügers Archiw XII, 1875) Billroth (*Untersuchungen ueber die Vegetetationsformen der Cocco bacteria septica* 1874) i inni utrzymują, iż takowe a przynajmniéj zarodniki takowych znachodzą się w tkankach ustroju zdrowego, drudzy jak: Rindfleisch, Burdon Sanderson, Klebs a wreszcie Koch (*Untersuchungen ueber die Aitiologie der Wundinfections-Krankheiten. Leipzig* 1873) przeczą temu, o czém się zresztą sam przekonałem: iż we krwi krążącéj takowe się nie znajdują. Przypuściwszy jednak nawet, że takowe we krwi płodu się znajdują, niemogłyby się tam inną drogą, jak tylko z krążenia matki dostać, coby się nie sprzeciwiało naszemu twierdzeniu, że takowe z krążenia matczynego do płodowego przechodzić mogą.

Dodać mi należy, iż badając krew płodów nie uwzględniałem licznych nieraz ziarn wykonywających ruchy drobinowe, ale zwracałem uwagę na charakterystyczne krótkie prątki i skupienia ziarenek zwanych „*diplococci*“.

Z doświadczeń przytoczonych wypływa nadto, iż okres ciąży nie ma żadnego wpływu na przechodzenie istót molekularnych z krążenia matczynego do krążenia płodu. Doświadczenia moje przedsiębrałem na królicach w różnych okresach ciąży, o czém świadczą podane powyżéj wymiary płodów.

Z zestawienia literatury na początku podanego wynika mimo sprzeczności między podaniami poszczególnych autorów, iż nawet przechodzenie istót gazowych, lotnych jako téż w rozczynie będących zdaje się być zawisłém od jakości a może i ilości tychże, że nie wszystkie z równą łatwością i w równéj mierze przechodzą w krążenie płodowe i działają na płód. Spostrzeżenia moje z chloroformem również za tém przemawiają.

Doświadczenia Bollingera, Davaina i innych, którzy nie znajdowali bakterydyjów wąglikowych w płodach zwierząt wąglikiem zakażonych, a szczepiąc krwią tychże płodów inne zwierzęta nie otrzymywali wyników dodatnych, zdają się i co do istót molekularnych, potwierdzać to zdanie powyższe, iż nie wszystkie istoty równie łatwo łożysko przenikają.

Pod koniec moich doświadczeń przeczytałem w *Berlin. klin. Wochenschrift* 1880. Nr. 17 w pracy Gusserowa, że Spitz widział spirochety we krwi płodu urodzonego z matki cierpiącéj na *febris recurrens*, a w Kronice Lekarskiéj 1880, Nr 12. str. 182, że Albrecht (*St. Petersburg. med. Woch.* 1880, str. 141), widział w 38 godzin po śmierci noworodka który urodzony z matki cierpiącéj na *febris recurrens*, żył tylko 8 godzin, we krwi tegoż wziętéj z serca spirochety.

Spostrzeżenia te nader ciekawe a chociaż odosobnione potwierdzają wyniki moich doświadczeń i wykazują możebność takiego przechodzenia istót molekularnych w krążenie płodu.

Dla czego zarodniki bakterydyjów wąglikowych nie przechodzą w krążenie płodu? nie można na razie oznaczyć.

Ogłaszając niniejszą rozprawkę nie uważam też téj kwestyi za załatwioną. Kwestyja wymiany istót między matką a płodem przedstawia jeszcze wiele ciekawych a niewyjaśnionych zagadnień, dla tego też dalsze w téj mierze poszukiwania rozciągnąć zamierzam i na inne tak płynne jakoteż i gazowe istoty.

III. Oceny i sprawozdania.

Jeszcze o resorcynie.

W sprawozdaniu z doświadczeń Lichtheima i Andeera umieszczoném w numerze 33cim Przeglądu nie podano sposobu użycia i dawkowania resorcynu. Otóż według Andeera najlepiéj jest nie przekraczać w przypadkach lżejszych i w początku cięższéj choroby gorączkowéj dawki 2 gramowéj, w przypadkach cięższych i w późniejszych okresach choroby gorączkowéj można podać 4—5 grm. na dzień w rozczynie lub w proszku, dzieląc dawkę tę na kilka razy. Dawkę przeciętnie najwyższą w ilości 5 grm. podaje się tylko w wyjątkowych przypadkach, lub gdy dawki mniejsze przedtém podawane chorzy dobrze znosili. Przy przepisywaniu resorcynu w formie rozczynu dobrze jest dodać nieco wyskoku, gliceryny lub syrupu pomarańczowego, przepisując proszki każemy je użyć w opłatku lub w torebkach żelatynowych.

W następującéj postaci możnaby więc przepisać resorcyn:

Rp. Resorcini puriss. 1.00—2.00
Aq. destil. 100·00
Syr. aurant 30.00.
MDS. Co 2 godz. po łyżce stołowéj,

lub Rp. Sem. amygdal. dulc. 20.00
f. c. resorc. puris. 1.00—2.00
emulsio, colat., adde
Syr. aurant. 30.00.
MDS. Co 2 godziny po łyżce.

Opatrunki przeciwgnilne resorcynowe można zrobić według następującego przepisu:

Na 1 kilogr. gazy $1\frac{1}{2}\%$
15·00 resorcynu
450·00 wyskoku
150.00 gliceryny
1 kilogr. = 30 metr. = 5 paczek
na 1 kilogr. waty 3%
30.00 resorcynu
100 wyskoku
70.00 gliceryny
4 paczki à 250 grm.

(*W. mediz. Blätter* Nr. 31). *Dr. T. W.*

Wiadomości pomniejsze.

(K. Gr.) Dr. Nägeli podaje wyjaśnienie niektórych przypadków śmierci przez utonienie. Jeżeli kto utonie to zwykle mówimy że dotknięty został udarem lub też że chwycił go kurcz, Dr. N. w Ermatingen nad Bodensee oparty na wyniku sekcyi dwóch utonionych zwraca uwagę na to, że czasem śmierć nastaje przez to, że kąpiącym się, a względnie pływającym, z pełnego żołądka dostają się pokarmy do dróg oddechowych i nastaje uduszenie.

Kąpanie a zwłaszcza pływanie zaraz po jedzeniu jest zdaniem jego bardzo niebezpieczne. Często po jedzeniu zdarza się odbijanie (odchep) w skutek skurczów żołądka, jeżeli te kurcze odbywają się w leżącéj postawie to zamiast jak zwykle gazów pokarmy dostają się do połyku a ztąd w pewnych okolicznościach do krtani i dróg oddechowych gdzie bywają wciągnięte, bo nie łatwo przychodzi zaraz powstrzymać gwałtowne ruchy oddechowe jakie przy pływaniu mają miejsce. Być może że przy kąpaniu w skutek fal, wahań przy pływaniu łatwiéj powstają silniejsze skurcze żołądka lub też chwilowe omdlenie wywołuje ruchy wymiotowe pod wodą po zanurzeniu się, a przy najbliższym ruchu wdechowym pokarmy zwrócone a znajdujące się w ustach, nosie i połyku dostają się do rozgałęzień tchawicy i głęboko do płuc tak, że tonącego już uratować nie można. Z tego wyprowadzić można wniosek, że starannie unikać należy kąpania się tuż po jedzeniu. (*Blätter f. Gesundhtspflege 1880, Nr. 13*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 2 czerwca 1880, w sali wykładowéj kliniki lekarskiéj.
Przewodniczący kol. Grabowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34.)

Drugi przypadek wgłobienia jelit dotyczy dziewczynki 13-letniéj z kliniki przychodniéj, u któréj zagłoba trwała 6 tygodni. Obraz chorobowy jest prawie zupełnie ten sam, jak w poprzednim przypadku, z tą tylko różnicą, że obrzęk przebiegający na poprzek brzucha ustawiony jest w wysokości pępka, i że przez jelito odchodowe jelita wgłobionego wymacać nie można. Z ostatniego szczegółu wnosić można, że w przypadku tém mniejsza część jelita jest wgłobiona, aniżeli w poprzednim.

W dyskusyi nad obydwoma przypadkami zabierali głos kol. Obaliński, Smoleński i Wasylewski.

b) Przypadek maciennicy padaczkowéj (*hysteria major*). Adela S. niezamężna, nauczycielka prywatna. Dziedziczne usposobienie o tyle istnieje, o ile brat i siostra mają być bardzo „nerwowemi.“ Zawsze bardzo wrażliwa, od 10 roku życia cierpi na napady połowiczego bólu głowy po stronie lewéj, któremu towarzyszyć ma trętwienie ręki prawéj, twarzy i języka. Miesiączka pojawiła się w 16tym roku życia, powtarza się w regularnych odstępach czasu, trwa 5 dni, połączona jest z bólami w krzyżach i dolnéj części brzucha. Wśród miesiączki chora czuła się zawsze rozdrażniona, w téj zaś chorobie stan jéj znacznie się pogarsza w okresie miesiączkowania. Obecna choroba trwa od lat 5, a jako przyczynę jéj podaje chora wrażenie, jakiego doznała przy śmierci matki. Przez pierwsze dwa lata doznawala chora tylko drgania powieki górnéj oka lewego, od 3 lat drganie zajęło całą lewą połowę twarzy powiększając się stopniowo, a od maja br. przyłączył się napadowo występujący silny ból w całéj lewéj połowie twarzy, któremu towarzyszyło łzawienie, szum i strzykanie w uchu lewém. Z powodu tych objawów chora z końcem maja przybyła do kliniki.

Badanie wykazuje liczny szereg zboczeń w układzie nerwowym, a mianowicie: W sferze umysłowéj uderza wygórowana wrażliwość i przeczulica na wpływy umysłowe, naprzemian z pognębieniem umysłowém, uczucie lęku i trwogi połączone z nieprzyjemném uczuciem w dołku podsercowym, i bezsenność, któréj towarzyszą zwidywania wzrokowe. W sferze zmysłowéj stwierdzić można przeczulicę słuchu i wzroku, przy czém chora widzi lepiéj okiem lewém i słyszy lepiéj uchem lewém. W sferze ruchu najwybitniejsze zboczenia znajdujemy w postaci kurczowego ściągania (*tic convulsiv*) całéj lewéj połowy twarzy; kurcze najsilniejsze występują pod wpływem wrażeń umysłowych, są one najczęściéj kloniczne, niekiedy zaś przedstawiają się jako toniczny, kilka minut trwający kurcz całéj lewéj połowy twarzy, połączony z szpecącém wykrzywieniem twarzy. Skutkiem długiego trwania choroby mięśnie twarzowe po stronie lewéj są znacznie lepiéj wykształcone. Siła

ręki prawéj wynosi 30, lewéj 26 kilogrm. Wszystkie odruchy tak skórne, jakotéż mięśniowe i ścięgniste są wygórowane, w wyższym stopniu po stronie lewéj aniżeli prawéj; po stronie lewéj występuje wybitny objaw stopowy (*Fussphaenomen*), a co ważniejsza zgięcie silniejsze stopy wywołuje większy ból i silniejsze kurcze kloniczne w twarzy, podczas gdy silniejsze wyprostowanie stopy zmienia kurcze w twarzy z klonicznych w toniczne. Kurczliwość elektryczna na twarzy utrzymana, na odnogach dolnych miernie upośledzona, na kończynach górnych mięśnie kurczą się należycie, lecz równocześnie powstają liczne odruchy. W sferze czucia również znajdują się liczne zboczenia: najwybitniejszym jest ból w zakresie wszystkich 3ch gałęzi nerwu twarzowego lewego, który występuje w częstszych napadach, i bolesność stała twarzy, któréj nasilenie stoi w ścisłym związku z nasileniem kurczów twarzowych; daléj przeczulica czucia dotykowego, czucia ciepłoty i czucia bólu po całéj lewéj stronie ciała osobliwie na kończynach, podczas gdy badanie okręgów czucia za pomocą estezyjometru i badanie czucia ucisku za pomocą barestezyjometru wykazuje stosunki wszędzie prawidłowe, czucie elektryczne jest na twarzy po obydwu stronach zmniejszone, również jest mniejsze na obydwu odnogach dolnych osobliwie po stronie lewéj. Chora doznaje mrowienia i darcia w odnodze lewéj.

Ze zboczeń naczynioruchowych i wydzielniczych wymienić należy częste omdlewania, wśród których twarz blednie, podniesienie ciepłoty pod pachą lewą od 0·2—0·5° C.; jednostronne pocenie się po stronie lewéj osobliwie występujące wybitnie po sztuczném wywołaniu potów za pomocą ciepłéj kąpieli i łzawienie z oka lewego najwyraźniejsze w czasie napadu nerwobólu twarzowego. Istnieje nadto lewostronna owaryalgia znacznego stopnia. Przy silniejszém ugnieceniu w głąb miednicy występuje ból twarzowy i kurcz w twarzy, a co ważniejsza chora cała dźwiga się i zwraca cała na stronę prawą i ruch ten wykonywa rytmicznie.

Na zbadanie części rodnych chora zgodzić się nie chciała. W innych narządach z wyjątkiem nawykowego zaparcia stolca nie znaleziono żadnych zboczeń.

W rozpoznaniu prelegent kładzie nacisk na tę ciekawą okoliczność, że tylko zboczenia w sferze umysłowéj są zboczeniami ogólnemi, podczas gdy wszystkie inne zboczenia ograniczają się tylko do lewéj połowy ciała, że wszystkie przypady chorobowe są stałe i wcale nie okazują zwykłéj w histeryi zmienności, że znachodzą się prawie jedynie tylko objawy zdrażnienia tak w sferze ruchu jakotéż czucia podczas gdy nie ma wcale objawów porażennych. Przypadek ten uważa prelegent nie jako macienicę zwykłą, lecz jako macienicę większą, któréj dokładne poznanie przedewszystkiém zawdzięczamy Charcotowi. Rokowanie stawia niepomyślne.

(W tydzień późniéj pojawiać się poczęły u choréj napady padaczkowe, które można było uśmierzyć wgniatając silnie pięść w głąb miednicy po stronie lewéj; co potwierdza rozpoznanie histeryi padaczkowéj). (C. d. n.)

V. † Paweł Broca.

Jakbyśmy nie usiłowali przygotować się moralnie na przyjęcie wiadomości o zgonie bliźniego, jakbyśmy nie rozumowali, że śmierć jest udziałem wszystkich i wszystkiego co żyje, niemniéj jednak głęboko odczuwamy zgon człowieka, którego znaliśmy, kochali i cenili; o ileż pognębiające to wrażenie musi być silniejszém i dotkliwszém, skoro cios ten spada niespodziewanie, kiedy los wybiera ofiarę w szeregach sterników ludzkości i grom ugadza w szczyt wznoszący się ponad zwykły poziom.

Ósmego lipca rano widziano go jeszcze dopełniającego nauczycielskie czynności w szpitalu Necker, po południu był w Senacie, a o północy już wielka dusza Pawła Broki opuściła pełne jędrności ciało, w sile wieku, w 56 roku życia.

Urodzony w r. 1824 w departamencie Girondy w małym miasteczku Sainte-Foy la Grande, gdzie jego ojciec był lekarzem, Broca po ukończeniu w mieście rodzinném nauk gimnazyjalnych, już w 16 r. życia przybył do Paryża, w celu poświęcenia się naukom lekarskim w szkole medycznéj; w r. 20 życia był już internem. w 23 (1847) otrzymał medal srebrny za rozprawę obowiązkową dla internów, w 24 (1848) bronił rozprawy p. t.. *De la propagation de l'inflamation. Quelques propositions sur les tumeurs dites cancereuses.* W r. 26 (1850) otrzymał nagrodę Portala za swą pracę „*Anatomie pathologique du cancer*". W r. 29 (1853) dostąpił na drodze konkursu stopnia i tytułu „*Chirurgien des hôpitaux et Professeur agregé de la faculté de medecine de Paris*". W kilku latach następnych Broca zastępował profesorów zwyczajnych w szkole, co niezmiernie ułatwiło młodemu profesorowi nabranie wymowy i techniki nauczycielskiéj. W r. 1857 w skutek referatu Andrala paryska Akademija Umiejętności przyznała Broce nagrodę za znakomitą pracę „*Des Anevrysmes et de leur traitement*"; w tymże samym roku ukazał się piękny atlas Anatomii opisowéj, w splanchnologicznéj części którego mieszczą się liczne oryginalne prace autora. W roku 1863 wyszło dzieło, mające w swym czasie wiele rozgłosu p. t. „*Traité des tumeurs*", owoc piętnastoletniéj niezmordowanéj pracy. Roku 1866, wybranym został Broca członkiem Akademii Lekarskiéj w Paryżu; dekretem z r. 1867 mianowany został zwyczajnym profesorem chirurgii w uniwersytecie paryskim, na któréj to posadzie wytrwał do końca życia z korzyścią i chwałą dla nauki i młodzieży.

Obok działania w zakresie Chirurgii rozwijał ten genijalny mąż wielkie dzieło, którego ojcostwo jemu wyłącznie się należy; Broca stworzył naukę o człowieku, Antropologiję, zorganizował Towarz. Antropologiczne 1876 roku i ugruntował przed nim założone muzeum antropologiczne.

Jeśli Brokę znamy jako płodnego pisarza z dziedziny chirurgii, to prace jego antropologiczne o wiele są liczniejsze; do wybitniejszych należą: *Instructions générales pour les recherches antropologiques (1865) Memoire sur les caractères physiques de l'homme préhistorique et sur les ossements des Eyzies. Paris 1869, L'Ordre des Primates. Paris 1860. Memoire d'Antropologie Paris 1871—1875. 2 volumes. Sur l'origine et la repartition de la langue basque. Paris 1875. Instructions craniologiques et craniométriques. Paris 1875.* Broca wydał 300 dzieł, a liczba ta więcéj przemawia aniżeli słowa do powzięcia należytego wyobrażenia o pracy i sile umysłu tego badacza.

Mózg był przez cały szereg lat przedmiotem badań i dociekań Broki; zjednał on sobie nieśmiertelne imię wykryciem ośrodka mowy artykulowanéj w trzecim zwoju czołowym lewym, zwojem Broki we Francyi nazwanym; pomimo sprzecznych wyników otrzymanych przez Meynerta, wszyscy badacze mózgu stoją po stronie Broki, i zasada lokalizacyi czynności mózgowych tak wielokrotnie podminowywana, ocalała jedynie przez wiekopomne odkrycia Broki. Pełne są naukowego interesu badania Broki nad porównaniem czaszek Francuzów i Niemców, mierzenie pojemności czaszek paryżanów z rozmaitych epok; poszukiwania Broki dowodzą, że czaszka człowieka bogatego jest większą od czaszki ubogiego, że pojemność czaszki zwyciężonego jest większą od pojemności zwycięzcy; badając czaszki obu półkul stwierdził Broca z ich zmian patologicznych, że przed odkryciem Ameryki kiła nadobre już panowała i to tak w starym jak i nowym świecie (Przegl. Lekarski Nr. 40, 1877). Broca pierwszy poczynił ścisłe termometryczne badania mózgu (Przegląd lekarski Nr. 3, 1878), od niego dowie-

dzieliśmy się, że prawa półkula mózgowa ma ciepłotę niższą o $^1/_{10}$° od lewéj, że ciepłota mózgu w pracy podnosi się o $^1/_2$° że w miejscu zatoru ciepłota mózgu zbadana na czaszce obniża się.

Broca nie miał nieprzyjaciół, lecz miał przeciwników: dociekanie pochodzenia człowieka wydało się wielu ludziom nietylko za śmiałe, lecz i występne; nie zastanowiono się, że droga badania doprowadzić może do tych samych prawd, które podało objawienie, że hasło „poznaj samego siebie“ nie musi koniecznie naruszyć powagi pięcioksięgu Mojżesza; nie przypominamy sobie ażeby którekolwiek z dzieł Broki zawierało jakąkolwiek ponętną, lecz nieudowodnioną, a tém więcéj do wywrotu zmierzającą doktrynę; umysł Broki nie należał do tych, które naprzód wymarzają zasadę, a późniéj dopiero szukają i naciągają dowody na jéj poparcie; twórca Antropologii całe w znoju spędzone życie gromadził i porządkował materyjał naukowy, materyjał ten był już olbrzymi, a Broca ustawicznie się skarżył, że zamało go posiada dla postawienia nowych twierdzeń, i zeszedł z tego świata zapisując potomności wielkie skarby naukowe, z których przyszli badacze wyciągną ostateczne wnioski. Nieuzasadnionymi więc były zachody przeciwników Broki u Rządu Rzeczypospolitéj, ażeby niedopuścić do udziału w Wystawie Powszechnéj działu wystawy międzynarodowéj antropologicznéj, jak niepotrzebnymi były ataki próżnymi ładunkami na tę wystawę kiedy doszła do skutku; Broca odpowiedział na wszystkie poważne zarzuty z godnością cechującą człowieka głębokiéj nauki i towarzyskiéj ogłady, tak że ucichły wszystkie głosy przeciwne nawet takich zapaleńców jak dominikanin Didon. Lubiany przez uczniów, ubóstwiany przez chorych, pożądany dla wyższych zalet umysłu i serca w towarzystwie, Broca cieszył się miłością przyjaciół i szacunkiem przeciwników. Jako senator Rzeczypospolitéj był on gorącym rzecznikiem spraw, w których najwyższe interesa narodu i ludzkości w grę wchodziły.

Broca należał do towarzystwa wzajemnych autopsyj; sekcyi jego zwłok dokonał przyjaciel nieboszczyka prof. Verneuil i pomimo przypuszczanych zmian chorobowych serce, naczynia i mózg znaleziono w stanie prawidłowym, tak że skon wytłumaczono napadem dusznicy bolesnéj (*angor pectoris*).

Wieść o śmierci Broki silnie wstrząsnęła i przeraziła kochających go Paryżanów. Jeśli na niedawno danym na jego cześć bankiecie mógł odezwać się Broca, że czuje się szczęśliwym, gdyż marzenia jego stały się ciałem, a miał tu na myśli instytucyje przez siebie dźwignięte, to wzniosła dusza jego dziś tém snadniéj to samo powtórzyć może, widząc jak prasa całego świata oceniła żywot nieodżałowanego mistrza; dorzucając do olbrzymiego wieńca laurowego uwitego przez wszystkie narody, naszą skromną gałązkę północnego nieśmiertelnika, dopełniamy zaciągniętego obowiązku względem tego, który stworzył i wprowadził na wzniosłe tory naukę o człowieku. *Dr. A. Kwaśnicki.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25 sierpnia. W żadnym roku zdrojowiska krajowe nie były tak licznie uczęszczane, jak w bieżącym sezonie; w prostym stosunku do zwiększonéj ilości gości kąpielowych pomnożyła się liczba skarg na niewygody, złą kuchnię a szczególnie na chciwość właścicieli domów. Zdrojowiska krajowe zostały dźwignięte przez lekarzy: Towarzystwo naukowe krakowskie objaśniło ogół lekarzy o składzie wód mineralnych krajowych, a dobrze pojęte obowiązki względem kraju przez wszystkich lekarzy, a szczególnie przez warszawskich, przyczyniły się do uczęszczania do zdrojowisk naszych; lecz podnosząc zdrojowiska z zapoznania lekarze nie mieli na widoku samą stronę ekonomiczną; obok obowiązków względem kraju każdy lekarz ma wyższe obowiązki ludzkości względem powierzających się mu chorych; wysyłając chorego do zdrojowiska lekarz musi wiedzieć w jakich warunkach klient jego znajdować się będzie, musi on mieć stałe przekonanie, że stosunki chorego regulować będzie jakaś ustawa, a nie ślepy przypadek lub kaprys; dotychczasowe doświadczenie pouczyło, że właściciele zdrojowisk, domów i restauracyj w zdrojowiskach nie pojęli swego interesu, że z rokiem każdym drożyzna i niewygody wzmagają się; nadszedł więc czas na lekarzy ujęcia się za swojemi klientami, a chcielibyśmy bardzo, ażeby ci, do których te słowa zwracamy, dobrze zrozumieli, że byt zdrojowisk zależy od tego, czy lekarze chcą lub nie chcą polecać je swym chorym; nie wątpimy, że Komisyja balneologiczna sprawę tę nie tylko poruszy, lecz znajdzie dla niéj praktyczne rozwiązanie w wyjednaniu takiéj ustawy, któraby położyła tamę wyzyskiwaniu, a dała gościom kąpielowym prawną podstawę bytu.

* Od Prezesa krakowskiego Towarzystwa lekarskiego otrzymujemy list następujący:

Do Szanownych Kolegów!

W programie określającym porządek, jaki ma być zachowany podczas uroczystego wjazdu Najjaśniejszego Pana do naszego miasta, zarezerwowaném będzie miejsce dla Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

O czém zawiadamiając Szanowny Zarząd i członków Towarzystwa lekarskiego, upraszam zarazem aby Szanowni Koledzy licznem zebraniem się, do uświetnienia uroczystego wjazdu przyczynić się zechcieli.

Prezes Towarzystwa lek. *Dr. Warschauer.*

* Donoszą nam z Krynicy, iż do d. 21 bm. przebywało w tamtejszym zakładzie zdrojowym osób 2715; a udzielono także dotychczas:

Kąpiel waniennych mineralnych 23306,
„ borowinowych 8110,
„ nasiadowych 1930,
„ rzecznych 2175.

Odwiedziło zaś Krynicę Doktorów 41 w tegorocznym sezonie.

* W Cieplicach czeskich bawiło gości kąpielowych po dzień 17 sierpnia 9504.

+ **Karlsbad** d. 21 sierpnia. Bawiło w Karlsbadzie gości kąpielowych 23.522 osób, o 2358 więcéj niż r. z. do tegoż dnia. W pierwszéj połowie tygodnia pogoda pochmurna przy temperaturze 16° R.; w drugiéj połowie prześliczna pogoda, temperatura 18° R. na słońcu 30° R.

* **Mianowania i odznaczenia.** Profesor chirurgii teoretycznéj w Paryżu Dr. Trelat zajął opróżnioną przez śmierć Broki katedrę kliniki chirurgicznéj. — Dr. Maurin w Nicei został mianowany kawalerem legii honorowéj.

* **Nekrologija.** W Bolonii umarł prof. kliniki chirurgicznéj Dr. Fr. Rizzoli. Swą znaczną fortunę wynoszącą 6.000.000 fr. zapisał magistratowi bolońskiemu z zastrzeżeniem wystawienia w jego pięknéj wili zakładu ortopedycznego, którego plan sam nakreślił. — Dr. Giovanni Poili chemik, fundator peryjodycznéj publikacyi „*Annali di Chimica applicata alla Medicina*“ umarł w ostatnich dniach. — Prof. chemii w Uniwersytecie neapolitańskim Dr. de Luca umarł w początku sierpnia. — W Paryżu umarł intern Lavalhéé. — W Boulogne sur Seine umarł Dr. Lapeyrère b. redaktor „*La France médicale.*“

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 34: Modrzejewskiego: O sposobie Sayrea leczenia skrzywień i złamań kręgosłupa; Heimana: Sprawozdanie z czynności chirurg. szpitalnéj za r. 1879.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 4 września 1880. **№ 36.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. DOMAŃSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. (C. d.) — II. KLINK. O działaniu *Silphium cyrenaicum* w dymienicach ostrych. (C. d.) — III. *Oceny i sprawozdania*: WATSON CHEYNE: Nowy sposób powstrzymania rozwoju wiewióra *(gonorrhoea)*. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Posiedzenie Tow. lek. krak. (C. d.) — V. *Odcinek:* KROWCZYNSKI. Wspomnienie pośmiertne śp Ferdynanda Hebry. — MERUNOWICZ. Czwarty wiec delegatów austryjackich towarzystw lekarskich. — BOGDANIK. Listy z Londynu. IV. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. O kile *(syphilis)* układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych napisał Dr. **S. Domański**, Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Wywody nasze popierają w wielu razach ból głowy poprzedzający padaczkę, odnoszony przez chorych właśnie do okolicy skroniowociemiennéj i przypadki, w których wyrośl kostna na zewnętrznéj powierzchni czaszki w téj okolicy, a zatém prawdopodobnie i wewnętrznéj, w miarę swego wzrostu lub ubytku skutkiem terapii dawała powód do pojawiania się lub znikania napadów, o których mowa.

Tak jak kiłowy ból głowy, twierdzono także, że i napady epileptyczne pojawiają się przeważnie w nocy. Staranniejsze postrzeżenia nie sprawdziły téj okoliczności; owszem przeciwnie twierdzi Fournier, że napad pierwszy we dnie uważa się za pierwszy w ogóle, gdy dokładniejsze wywiedzenie się przekonywa, że były napady nocne bez obudzenia się chorych, ale z pozostawieniem po sobie śladów w postaci oddanego mimowolnie kału lub moczu a nawet wyraźnie wspomina Fournier o chorym, który go radził się względem tego przykrego cierpienia, nie uważając go oczywiście za objaw napadu epileptycznego.

Jeżeli, jakeśmy to właśnie wykazali, między napadem epileptycznym zwykłym a kiłowym nie ma żadnéj istotnéj różnicy, zachodzi pytanie, czy w czasie między napadami ona istnieje. W téj mierze następujące okoliczności zasługują na uwzględnienie: w niektórych przypadkach napady epileptyczne kiłowe występują u ludzi, którzy zresztą żadnych innych objawów ze strony układu nerwowego nie okazują a wtedy nie ma różnicy między ich epilepsyją a epilepsyją zwyczajną. Gdy atoli w epilepsyi zwyczajnéj brakować może długo wszelkich zboczeń między napadami, w epilepsyi kiłowéj scena zmienia się wkrótce, bo ukazują się objawy, które dowodzą, że w mózgu istnieją inne jeszcze zmiany anatomiczne prócz tych, które prowadzą do epilepsyi. Tak bywa najczęściéj od samego zaraz początku ukazania się epilepsyi tak, że w przeciwieństwie do epilepsyi zwyczajnéj chorzy z padaczką kiłową okazują cały szereg zboczeń czynnościowych ze strony mózgu, które według poprzedniego należą do formy nawałowéj: jak ból głowy, zawroty, zboczenia ze strony wzroku i słuchu, porażenia z początku nieznaczne, późniéj coraz wybitniejsze, mianowicie w postaci porażenia połowiczego, zapalenie nerwu wzrokowego. Zboczenia te potęgują się wraz z epilepsyją w braku terapii antysyfilitycznéj a zatém nie ustępują nawet takim środkom, które w zboczeniach tych samych innéj natury do pewnego przynajmniéj stopnia korzystnie działają.

Nakoniec godnym jest uwagi wiek, w którym pojawia się po raz pierwszy padaczka kiłowa. Gdy epilepsyja zwyczajna występuje już we wczesnym bardzo wieku, w latach dziecinnych, epilepsyja kiłowa nie pojawia się prawie nigdy poniżéj 25 lat, co oczywiście wypływa z czasu, w którym najczęściéj dostaje się kiły pierwotnéj. Można wziąć przeto za zasadę, że każda epilepsyja po 25. roku życia nie jest zwykłą, a jeżeli uda się wykryć jeszcze kiłę, można na pewne spodziewać się, iż ona jest jéj przyczyną, dodajmy od siebie, nawet w przypadkach, w których chorzy zaprzeczają infekcyi a badanie przedmiotowe nie wykrywa śladów przebytéj choroby, bo kiła jest najczęstszą przyczyną epilepsyi, która rozwija się w późniejszym wieku. Zresztą rozumie się samo przez się, że epilepsyją rozpoznajemy tylko wtedy jako syfilityczną, gdy po uwzględnieniu wszelkich okoliczności powyżéj wymienionych i wykluczeniu wszelkich innych zboczeń, któreby mogły być przyczyną, nie możemy nic wykryć, coby dać mogło powód do napadów epileptycznych. Obecność innych objawów kiły przemawia prawie zupełnie pewnie za naturą syfilityczną, ale i w braku ich trzeba każdą epilepsyją uważać za kiłową, dla któréj przyczyny innéj wyśledzić nie można. Nie jestto zapewne stanowisko naukowe, ale stanowisko praktyczne, które daje nam wskazówkę dla terapii, z którą nie można się nigdy ociągać czekając, dopók się sprawa nie wyjaśni, bo słusznie powiada

Fournier, że czekać w takich przypadkach na wyjaśnienie z dalszego przebiegu znaczy tyle, co czekać na autopsyją. Jeżeli nadto energiczna terapija antysyfilityczna okaże się skuteczną, nie ma prawie żadnéj wątpliwości o naturze danéj padaczki. Ostatecznie więc w przypadkach nie zbyt daleko posuniętych, a takie tylko są ciemne, rozstrzyga leczenie.

22. Do mowy trzech ze strony mózgu potrzeba czynników: wpływu psychicznego, ośrodka, na któryby wola działała i ośrodka, któryby przez przeniesienie popędu do ruchu na odpowiednie nerwy prowadzące do narzędzi na obwodzie mógł sprawić artykulacyją. Otóż utratę mowy pochodzącą z nadwerężenia ośrodka, w którym popęd psychiczny przechodzi na odpowiednie włókna ruchowe, zowiemy afazyją. Liczne doświadczenia wykazały daléj, że ośrodek ten ruchowy ma siedzibę swą w tylnéj 3ciéj części trzeciego zwoju czołowego lewego. Nic więc nie ma w tém nadzwyczajnego, że afazyja występuje stósunkowo bardzo często w przebiegu kiły mózgowéj, jako następstwo zmiany anatomicznéj w odpowiedniéj części mózgu.

Czas, w którym pojawia się to zboczenie w czynności, jest rozmaity; w jednych przypadkach afazyja pojawia się bardzo wczas, jako jeden z pierwszych przypadów kiły mózgowéj, w innych bardzo późno po wielu innych już zboczeniach.

Tak samo jak epilepsyja, może afazyja, mianowicie na początku kiły mózgowéj, pojawić się wyłącznie bez innych przypadów, co dzieje się rzadko, lub też w towarzystwie innych objawów mózgowych i to bywa najczęściéj. W pierwszym razie afazyja występuje zazwyczaj w postaci napadów przelotnych trwających stósunkowo krótko od kilku godzin do kilku minut a nawet i krócéj. W drugim razie towarzyszą afazyi najczęściéj zboczenia odniesione przez nas do formy nawałowéj kiły mózgowéj, jak bóle głowy, zawroty, utrata przytomności lub nagły upadek sił, przelotne zboczenia w czuciu i ruchach albo porażenia ruchu po stronie prawéj, porażenia zwykle mniéj lub więcéj połowicze z objawami lub bez objawów padaczki.

Przyczyna, dla któréj afazyja tak często łączy się ze zboczeniami w ruchach po stronie prawéj, odpowiada najzupełniéj stósunkom anatomicznym i fizyjologicznym i nie ma w sobie nic, coby kiłę wyłącznie odznaczało. Jak wiadomo, ośrodek dla mowy, lubo czynności ustroju ludzkiego na obwodzie symetrycznéj, znajduje się po stronie lewéj w mózgu w miejscu poprzednio wspomnioném. W jego pobliżu znajduje się ośrodek ruchowy dla odnóg po stronie przeciwnéj. Taż sama zatém zmiana anatomiczna, która wywołuje afazyją, może przez zajęcie odpowiednich dalszych części mózgu wywołać także i porażenie połowicze. Łączenie się zatém afazyi z porażeniem połowiczém nie jest wyrazem rodzaju, lecz tylko skutkiem miejsca zmiany anatomicznéj i trafiać się może nie tylko w kile, ale i w innych chorobach mózgu jak np. krwotoku lub zatorze odpowiedniéj tętnicy, jeżeli te zajmują konieczną w takim razie część mózgu. Że ten stósunek topograficzny jest rzeczywisty, nie ulega najmniéjszéj wątpliwości właśnie z obserwacyi kiły mózgowéj. Fournier podaje dwa przypadki, z których w jednym cztery, w drugim sześć razy występowała afazyja równocześnie z porażeniem połowiczém. Co więcéj, przez dłuższy czas obserwowałem osobiście chorego, u którego pojawiło się w przeciągu kilkunastu miesięcy kilkadziesiąt napadów przelotnéj afazyi, z których kilkanaście sam widziałem, i zawsze z porażeniem połowiczém nietylko ruchu, ale i czucia po stronie prawéj. Myliłby się atoli bardzo ten, któryby myślał, że tak dzieje się zawsze: owszem afazyja łączyć się może i z innemi zboczeniami jak np. porażeniem mięśniów ocznych, twarzy po stronie lewéj, odnóg dolnych, nawet porażeniem połowiczém po stronie lewéj, jak tego niedawno bardzo wybitny widziałem przypadek w oddziele kol. Pareńskiego.

Te przypadki nie obalają oczywiście teoryi fizyjologicznéj, ale popierają rozpoznanie kiły, bo nie wątpliwie zawdzięczają swój początek kilku ogniskom w mózgu do których tworzenia, jakeśmy to już wyżéj powiedzieli, kiła tak bardzo jest skłonną.

Jakeśmy właśnie wspomnieli, niekiedy obok porażenia połowiczego przyłącza się do afazyi napad epileptyczny. W jednym przypadku tego rodzaju przeze mnie postrzeganym, chory bez krzyku dostawał naprzód napadu epileptycznego zupełnego, z całkowitą utratą przytomności, po odzyskaniu któréj występowała afazyja wraz z porażeniem połowiczém. Epilepsyja ta występowała zawsze na pierwszém miejscu w tryadzie zjawisk przerzeczonych.

Toż samo podaje Fournier o swoich przypadkach. Czy tak bywa zawsze w kile, muszą późniejsze rozstrzygnąć obserwacyje.

Mimo tego upośledzenia lub nawet zniesienia zupełnego mowy, zazwyczaj afazyi nie towarzyszy upośledzenie ruchów języka. Wyjątkowo tylko równocześnie z afazyją ukazuje się porażenie języka, które nawet niekiedy trwa do kilkunastu godzin. Łączenie się tych przypadów polega zapewne na stósunkach anatomicznych ośrodków ruchowych w mózgu.

Afazyja występuje najczęściéj nagle i to w napadach powtarzających się od czasu do czasu lub, co rzadziéj, rozwija się powoli łącząc się z innemi zboczeniami ruchowemi i psychicznemi. Pod względem stopnia bywają afazyje nader rozmaite: zupełne, w których chorzy ani jednego słowa wypowiedzieć nie mogą, i niezupełne nader znów między sobą różne, zacząwszy od zasobu kilku wyrazów a skończywszy na lekkiém zacinaniu się w mowie. W wielu razach łączy się afazyja z amnezyją, agrafiją i aleksyją rozmaitych stopni i odcieni. Amnezyja polega na zapomnieniu słów z zachowaniem pojęć do nich przywiązanych. Zdaje się, iż najłatwiéj zapominają się imiona własne. Tak np. w przypadku powyżéj podanym już po minięciu afazyi chory w żaden sposób nie mógł sobie przypomnieć mego nazwiska chcąc, aby po mnie posłano.

Ciekawy podaje przypadek Fournier: aptekarz wyczytawszy na recepcie syrop, który miał w piwnicy, schodzi na dół po niego, lecz tam zapomina nazwiska syropu i nie może przeto wyszukać odpowiedniéj butelki. Wraca zatém na górę do apteki, czyta znów uważnie receptę, schodzi na dół, lecz powtórnie zapomina, czego szuka. Działo się to pięć razy. Zniecierpliwiony zabiera wreszcie receptę do piwnicy i natychmiast odszukuje żądany przedmiot. Agrafija polega na niemożności łączenia znaków pisarskich z wyobrażeniami. Chory więc albo nie pisze, albo co inszego niż to, co ma na myśli. Agrafiją widuje się bardzo rzadko a to dlatego, że afazyja łączy się właśnie najczęściéj z porażeniem kończyn prawych a do prób pisania lewą ręką nie łatwo skłonić przychodzi chorych. Aleksyja polega nakoniec na niemożności łączenia wyobrażeń optycznych głosek z odpowiedniemi im wyrazami akustycznemi. Fournier w swéj pracy nie wspomina ani o jednym przypadku. Ja widziałem

tylko jeden, w którém po zupełném prawie wyleczeniu porażenia połowiczego zupełnego z zupełną także afazyją pozostało lekkie zacinanie się w mowie i prawie całkowita niemożność czytania tego, co chory zupełnie dobrze rozumiał. Tak np. nie mógł w żaden sposób przeczytać „Czas", choć po przepowiedzeniu mu tego wyrazu z największą łatwością mógł go powtórzyć. Używanie niewłaściwe mowy, czytania i pisma zowiemy parafazyją, paraleksyją i paragrafiją. Uważaćby je można za niższe stopnie zboczeń czynnościowych dopiero co opisanych tém więcéj, że występują one bardzo często w okresie polepszania się zboczeń cięższych.

Wszystkim tym zboczeniom towarzyszy najczęściéj pewne obniżenie władz umysłowych, różne zresztą co do stopnia w różnych przypadkach.

Rokowanie jest różne: w jednych przypadkach afazyja ustępuje zupełnie, w innych nic prawie, w innych tylko częściowo.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O działaniu *Silphium cyrenaicum* w dymienicach ostrych.

Podał **E. Klink**,
ordynator szpitala św. Łazarza w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35.)

S p o s t r z e ż e n i e IV. Matylda J., lat 17 licząca, dobrze zbudowana i odżywiona, przybyła do szpitala dnia 22 maja b. r. z owrzodzeniem szankrowém, dosyć znacznych rozmiarów, umiejscowioném w dołku łódkowatym. W miesiąc późniéj, a więc dnia 22 czerwca, poczęło się rozwijać cierpienie gruczołów pachwinowych prawéj strony. Poleciliśmy kataplazmowanie. W przeciągu kilku dni obrzmienie gruczołów w pachwinie poczęło się powiększać tak, że dnia 2 lipca można było przekonać się o ropieniu rozpoczętém w głębi dymienicy. Następnego dnia t. j. 3 lipca, po raz pierwszy zastósowaliśmy *Silphium cyrenaicum*.

Dnia 4 lipca, ból w dymienicy nie pozwolił choréj spać przez całą noc. Cała powierzchnia skóry, na któréj dokonano pędzelkowania, najzupełniéj obnażona z naskórka, i przedstawia się jak powierzchnia skóry obnażona przez wezykatoryję.

Dnia 5 i 6 lipca dymienica nieco powiększyła się, chociaż powiększenie to zależy od obrzmienia skóry, ropienie bowiem w saméj dymienicy nie powiększyło się. Drobnych pęcherzyków ropnych jakie w poprzednich przypadkach zauważyliśmy na powierzchni skóry nie było, tylko powierzchowne owrzodzenie skóry było nieco znaczniejsze jak drugiego dnia po zastósowaniu *Silphium cyrenaic.* Bolesność przy pędzelkowaniu była dosyć znaczna, ustępowała jednakże z chwilą przerwania pędzlowania.

Dnia 7, 8 i 9 lipca obrzmienie skóry jeszcze bardziéj się powiększyło. Ropienie w dymienicy nie postępuje, tak że przy dokładném badaniu daje się zaledwie wykazać. Na obwodzie obnażonéj skóry powstała dosyć znaczna ilość drobnych pęcherzyków ropnych.

Dnia 10, 11 i 12 lipca, ponieważ chora uskarżała się na bardzo dotkliwe bóle przy pędzelkowaniu miejsc obnażonych, wykonywano je przeto delikatniéj w ten sposób, że tylko p o s m a r o w a n o *c. Silph cyr.* skórę pokrywającą dymienicę.

Dnia 13, 14 i 15 lipca, w skutek mniéj energicznego pędzlowania obrzęk skóry znacznie się zmniejszył i przekonaliśmy się wówczas, że ropienie w dymienicy nie tylko się nie powiększa, ale nawet z trudnością daje się wykazać.

Dnia 16, 17 i 18 lipca w skutek nieco energiczniejszego pędzelkowania owrzodzenie skóry powiększyło się. Pęcherzyków ropnych na obwodzie nie zauważono więcéj. Sama dymienica się nie zmieniła.

Dnia 19, 20, 21 i 22 lipca dymienica ani się powiększa ani się zmniejsza, ropienia nie można wyczuć. Obrzmienie gruczołów i skóry dosyć jeszcze znaczne. Zaprzestano pędzelkowania.

S p o s t r z e ż e n i e n i n i e j s z e n i e p r z e m a w i a, z d a n i e m m o j é m, a n i z a s k u t e c z n o ś c i ą, a n i z a b e z s k u t e c z n o ś c i ą d z i a ł a n i a *Silph. cyren.*; r o p i e n i e b y ł o t a k m i n i m a l n e, ż e w p o d o b n y c h p r z y p a d k a c h b a r d z o c z ę s t o, b e z w s z e l k i é j i n t e r w e n c y i z n a s z é j s t r o n y p r z e c h o d z i, p r z y t é m p r z e m a w i a, d o p e w n e g o s t o p n i a, p r z e c i w s p o s t r z e ż e n i u Dr. Glücka i Z a r e w i c z a, ż e *Silph. cyren.* n i e w s t r z y m u j e r o p i e n i a w p o c z y n a j ą c é j s i ę r o z w i j a ć o s t r é j d y m i e n i c y i ż e w t e d y j e s t b e z s k u t e c z n e. Muszę dodać, że wszystkie 4 chore nadspodziewanie, jak na prostytutki, zachowywały się spokojnie i przez cały czas leczenia przebywały prawie ciągle w łóżku.

S p o s t r z e ż e n i e V. J. S. mężczyzna lat 29 liczący, wyrobnik, dobrze zbudowany i odżywiony, przybył do szpitala dnia 25 czerwca b. r. z następującymi objawami.

Około wędzidełka powierzchowne obtarcie nabłonka; na przedniéj powierzchni prącia, wzdłuż przebiegu naczyń krwionośnych i lymfatycznych, w odległości $1^1/_2$—2 cm. od rowka żołędziowego, mały ropień, nieco zaś wyżéj o 1 cm. drugi ropień, oba otwarte i sączące dosyć obficie ropę.

Całe prącie obrzmiałe. W pachwinie prawéj obrzmienie skóry i jéj stwardnienie na wielkość dłoni średniéj miary, w pośrodku któregoto obrzmienia ropień, dymienica, wielkości dużego jaja kurzego. Skóra pokrywająca dymienicę mocno zaczerwieniona, ścieńczała, chełbotanie bardzo rozległe, tak że ropień ten kwalifikuje się do natychmiastowego przecięcia. Cała przestrzeń przez dymienicę zajęta mocno bolesna przy dotykaniu.

Chory upewniał, że dotychczas nigdy nie spółkował a ropnie na prąciu istniejące objaśnia, jako powstałe po mocném odrapaniu prącia, przed 8 dniami dokonaném.

Ropienie odbywało się pod skórą, a nie w gruczołach i tkance między gruczołowéj.

Dnia 28 czerwca dokonałem po raz pierwszy pędzelkowania. Podczas pędzelkowania chory uskarżał się na dosyć znaczny ból, ustępujący po zaprzestaniu pędzelkowania.

Dnia 30 czerwca na obwodzie dymienicy, dosyć znaczna ilość drobnych pęcherzyków ropnych.

Dnia 1 lipca chory całą noc jęczał, z powodu niezmiernie dokuczliwych bólów w dymienicy.

Guz nieco się powiększył; na skórze dymienicę pokrywającéj pęcherzyki ropne większe i mniejsze, rozsypane lub zlewające się. Skóra tak ścieńczała, że zdaje się, iż przy mocniejszym nacisku pęknie.

Dnia 2 lipca, bóle w dymienicy nieco się zmniejszyły, lecz dymienica sama znacznie się powiększyła tak, że dochodzi wielkości dużego jaja gęsiego. Zdjęto warstwę wytworzoną po pędzelkowaniu; nowych pęcherzyków ropnych nie widać.

Dnia 3 lipca w nocy dymienica pękła, poczém bardzo znaczna ilość ropy wypłynęła.

W spostrzeżeniu niniejszém stósowanie *Silph. cyren.* nic a nic nie wpłynęło na zmniejszenie dymienicy; i nastąpiło dobrowolne jéj pęknięcie.

Spostrzeżenie VI. M. cieśla, lat 28 liczący, dobrze zbudowany i odżywiony, przybył do szpitala d. 30 czerwca. Z opowiadania dowiedziałem się, że przed 7 tygodniami chory zaraził się szankrem, którego wcale nie leczył; przed 5 tygodniami począł się poniżéj pachwiny lewéj wytwarzać ropień. Chory ciągle zajmował się pracą, nie zwracając wcale uwagi na wzmiankowane cierpienia.

Dopiero ciągle powiększająca się dymienica i niemożność zajmowania się pracą, zmusiły chorego do wstąpienia do szpitala.

Przy badaniu znalazłem: w rowku żołędziowym, po stronie lewéj dwa owrzodzenia szankrowe, wielkości grochu okrągłego, mocno ropiejące i grubą warstwą sadłowatéj masy obłożone. Poniżéj pachwiny lewéj, na przestrzeni około 1—2 cm. od kanału pachwinowego, dymienica wielkości jaja kurzego. Ropień ten pokryty cieńką skórą, mocno zaczerwienioną, przedstawia bardzo obszerne chełbotanie, i przy ucisku jest mocno bolesny.

Ropienie odbywa się pod skórą, a nie w gruczołach i tkance międzygruczołowéj. Naskórek zniszczony ponieważ chory przed przybyciem do szpitala pędzlował dymienicę nastojem jodowym.

Dnia 30 czerwca dokonano po raz pierwszy pędzelkowania.

Dnia 1 lipca, w skutek znacznego podrażnienia skóry pozbawionéj naskórka, daje się zauważyć na całéj przestrzeni, gdzie dokonano pędzelkowania, sączenie się płynu surowiczego. Drobnych pęcherzyków ropnych, jakie zauważać można było w poprzednich przypadkach, nie było

Dnia 2 lipca ropienie w dymienicy powiększyło się tak, że dochodziła ona do wielkości średniego jaja gęsiego. Sączenie się płynu surowiczego z miejsc gdzie dokonano pędzelkowania *Silph. cyren.*, jest tak obfite, że chory bardzo często zmuszony jest zmieniać płatek płótna. Skóra bardzo ścieńczała.

Dnia 3 lipca dymienica jeszcze bardziéj się powiększyła, sączenie płynu surowiczego nie ustaje. Pęcherzyków ropnych nie ma.

Przy pędzelkowaniu dymienica pękła, poczém znaczna ilość ropy wypłynęła.

Dalszego pędzelkowania zaprzestano.

W przypadku przytoczonym ropienie w dymienicy ciągle się zwiększało, aż do chwili dobrowolnego pęknięcia jéj, co nastąpiło po 4ch dniach pędzelkowania *c. Silph. cyren.*

Spostrzeżenie VII. P. czeladnik garbarski, lat 24 liczący, bardzo dobrze odżywiony, przybył do szpitala dnia 1 lipca b. r. Z opowiadania dowiedzieliśmy się, że przed 5ma tygodniami zaraził się szankrem; dymienica w pachwinie rozwinęła się przed 6ma dniami. Przy badaniu znaleziono: owrzodzenie szankrowe pomieszczone na brzegu napletka. W pachwinie lewéj, na stwardnieniu zapalném skóry, znajduje się guz wielkości orzecha włoskiego, mocno bolesny, chełbotanie w dymienicy bardze wybitne, skóra pokrywająca dosyć gruba.

Chory jeszcze przed przybyciem do szpitala, pędzlował nastojem jodowym opisany guz, w skutek czego powstała na skórze cienka warstwa spalonego naskórka.

Ropienie było podskórne, a nie w gruczołach i tkance międzygruczołowéj.

Dnia 1 lipca pędzelkowano dymienicę po raz pierwszy.

Dnia 2 lipca, na całéj przestrzeni pędzelkowanéj dnia wczorajszego, utworzył się jeden wielki pęcherz ropą wypełniony, po przekłóciu którego wypłynęła ropa z krwią pomięszana.

Po rozcięciu pęcherza nożyczkami przekonano się, że na całéj przestrzeni dymienicy naskórek odstawał od skóry, która to ostatnia w dwóch miejscach była przedziurawioną, a z otworów tych za naciśnięciem sączyła się ropa. Zaprzestano dalszego pędzelkowania *Silph. cyren.*

W przypadku niniejszym skombinowanie drażniącego działania nastoju jodowego i *Silph. cyr.* sprowadziwszy po jednorazowém pędzelkowaniu pęknięcie dymienicy, nie pozwala na wyprowadzenie jakiegokolwiek bądź wniosku o skuteczności *Silph. cyren.*

Spostrzeżenie VIII. M. lat 26 liczący, policyjant, dobrze zbudowany i odżywiony, przybył do szpitala dnia 1 lipca. Przy badaniu znaleziono: w rowku żołędziowym owrzodzenie szankrowe wielkości grochu okrągłego. W prawéj pachwinie, przed 10 dniami powstał guzik bolesny, który w dniu badania dochodził wielkości dużego orzecha włoskiego, był on mocno bolesny, chełbotanie bardzo niewyraźne.

Poleciłem przykładanie kataplazmów.

Dnia 3 lipca, skoro chełbotanie w dymienicy było nieco wyraźniejsze, dokonano po raz pierwszy pędzlowania *Silph. cyrenaic.* Pędzlowanie nie przyczyniało żadnego bólu.

Dnia 4 lipca na skórze gdzie dokonane było pędzelkowanie, wystąpiła dosyć znaczna ilość pęcherzyków ropnych wielkości główki od szpilki.

Dnia 6 lipca ilość pęcherzyków ropnych bardzo znacznie się powiększyła i powstały one nawet na miejscach gdzie nie pędzelkowano *Silph. cyr.* np. na worku mosznowym. W skutek podrażnienia skóry worka mosznowego, rozwinął się na niéj dosyć znaczny wyprysk (*eczema*), przyczém pod strupami odbywało się dosyć obfite wydzielanie surowicy i ropy. Dymienica nieco się powiększyła i ropienie w niéj bardzo dokładnie daje się wyczuwać.

Od dnia 7 do 12 lipca stan się nie wiele zmienił; dymienica ani się powiększa, ani się zmniejsza, ropienie jednakże w dymienicy można wyczuć. Na skórze pęcherzyki ropne jedne przysychają, z innych w skutek ropienia wytwarzają się strupy, które przed każdém pędzelkowaniem dokładnie trzeba wymywać. Po zmyciu przedstawiają się powierzchowne owrzodzenia dochodzące do wielkości grochu okrągłego, obok siebie ułożone.

Pod opatrunkiem z wody goulardowéj i dokładném wymywaniu skóry worka mosznowego wypryk prawie jest usunięty.

Od dnia 13 do 16 lipca, stan się o tyle zmienił, że w skutek bezustannego drażnienia powierzchownych owrzodzeń skóry takowe granulują i przedstawiają na pierwsze wejrzenie wielkie podobieństwo do przerosłych lepieży płaskich. Ropienie w dymienicy zdaje się zmniejszać.

Podczas pędzelkowania *Silph. cyren.*, sączył się w dosyć znacznéj ilości płyn surowiczy, który po pewnym czasie zmieszany *c. Silph. cyren.* przy pędzelkowaniu pienił się jak roztwór mydła.

Od dnia 17 do 21 lipca granulacyje szybko wzrastają,

tak że powstałe ztąd brodawki zlewając się, tworzą bardzo znaczne zgrubienie skóry, obficie sączące płyn surowiczy i ropę, która szybko się rozkładając mocno cuchnie. Pomimo oddzielania worka jądrowego powtórnie rozwinął się na nim dosyć obszerny wyprysk. Ropienie w głębi dymienicy daje się z trudnością wyczuwać.

Przez dwa dni jeszcze pędzelkowano tj. przez 22 i 23 lipca, lecz widząc bezustanne wzrastanie przerosłych brodawek, obfitą wydzielinę surowiczo-ropną, szybko się rozkładającą, zaprzestano pędzelkowania.

W przypadku przytoczonym po 22 dniach pędzlowania *Silph. cyrenaic.* wprawdzie osiągnięto zmniejszenie się ropienia, które to umniejszenie ropienia wystąpiło dopiero po 16 dniach pędzelkowania, ale nieznaczny przerost brodawkowaty skóry, z obfitą cuchnącą wydzieliną połączony, zmusił do przerwania leczenia.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Watson Cheyne: **Nowy sposób powstrzymania rozwoju wiewióra** (*gonorrhoea*).

Wszystkie dotychczas zalecane i zachwalane sposoby skrócenia przebiegu rzeżączki ostréj, przyzna to każdy lekarz, tylko wyjątkowo odpowiadały oczekiwaniom, pomimo iż każdy środek miał za sobą jakąś głośną powagę i poszczycić się mógł z początku poważną liczbą w krótkim czasie wyleczonych przypadków. To téż i ogłoszenia i zachwalania autora przyjmujemy z pewną restrykcyją.

W ostatnich latach miano już i myśl przewodnią „działania antiseptycznego“, w którymto celu zalecano *Zinc. sulf. carbol.* lub jak Dr. Obtułowicz (*vide* Przegl. Lek. rocz. 1878) *Kali hypermang.* jako dzielne przyrzut niszczące środki; lecz w praktyce okazuje się, że każdy środek ma wprawdzie swoje zalety, lecz także i wady i, [że tak samo „nieraz“ najprostsze środki, jakiemi są ścisła dyjeta tj. zredukowanie pożywienia do możliwego minimum, unikanie ruchów, kąpiele nasiadowe do skrócenia pierwszego okresu, a nawet zupełnego wyleczenia w kilku tygodniach doprowadzają. Pomimo więc, iż nie możemy się pozbyć pewnego stopnia sceptycyzmu, podajemy nowo zalecony sposób autora do wiadomości kolegów, tém bardziéj, że owa myśl przewodnia, „działania antiseptycznego“, że tak powiem zaczyna przybierać pewne określone kształty, i że na téj drodze może się uda dojść do celu tj. szybkiego uwolnienia chorego od téj przykréj i niestety bardzo częstéj choroby.

Autor robił dociekania co do istoty przyrzutu i przekonał się, że w ropie rzerzączkowéj znajdują się mikrokoki i czasem bakteryje. Zresztą Dr. Neisser ogłosił był w roku zeszłym swoje dochodzenia w tym kierunku, które i przez innych badaczy sprawdzone zostały, że ropa rzeżączkowa i śluzotoku obfituje w mikrokoki, a nadto, że takowe co do rozmiarów różnią się od mikrokoków znalezionych w ranach. Zwykły przebieg téj słabości w zestawieniu z tymi faktami, jéj wielka zaraźliwość, okres wylęgania i stałe rozszerzanie się z pewnego miejsca, przemawiają z największém prawdopodobieństwem za tém, że istota téj choroby polega na rozrastaniu się tych ciałek. Pewne analogiczne okoliczności dozwalają przytém wnioskować, że owe ciałka mają swoją siedzibę także w błonie śluzowéj sprawą zapalną objętéj; stwierdził bowiem Dr. Koch przez swoje doświadczenia na królikach, że przy róży (*erysipelas*) na całéj przestrzeni chorobą zajętéj, w skórze znachodzą się mikrokoki w wielkiéj ilości. Autor jest zdania, że w chwili zaszczepienia rzeżączki pewna ilość tych specyficznych organizmów w cewce się zatrzymuje i w dalszym rozwoju i rozmnażaniu się drażnią błonę śluzową i w nią wnikają. Rozszerzenie się tego procesu na pewną przestrzeń błony śluzowéj cewki powoduje przypady zapalenia. Chodziłoby więc o to jakim sposobem organizmy te wyniszczyć, i rozwojowi ich dalszemu zapobiedz, bez zbytniego drażnienia podówczas bardzo tkliwéj błony. Używał on w tym celu pierwszego dnia stoczka, następnie wstrzykiwań z płynów antiseptycznych, a przy końcu zwykłych płynów szczmiących; stoczek kalibru Nr. 9 lub 10go składał się z 40 grm. (3·00) masła kokaowego 5 granów jodoformu=0·35 i kilku kropel olejku z eucalyptus (rozdręb żywiczny). Płyn do wstrzykiwań składał się z 1 części olejku *eucalyptus* 1 cz. *gumm. arab.* i wody 20—40 części, lub téż z roztworu kwasu borowego (*Acidum boracicum*). Dalszym płynem przy ostatku użyć się mającym jest roztwór z 2 granów *Zinc. sulf.* na uncyję wody.

Postępuje się w ten sposób: Chory dla spłukania nagromadzonéj w cewce wydzieliny najprzód oddaje mocz, potém wkłada stoczek 4—6 cali długi całkowicie do cewki, a dla zapobieżenia wypłynięciu wnet roztopionéj masy zabezpiecza ujście cewki opatrunkiem. Powinien on się powstrzymać od moczenia przynajmniéj przez 6 godzin. Nazajutrz rozpoczyna wstrzykiwania jednym z powyższych płynów 2—3 razy dziennie przez dni 3, wreszcie wstrzykuje *Zinc. sulf.* Sposobu tego miał autor wypróbować w 40 przypadkach rzeżączki ostréj (od 1 do 7go dnia od początku pojawienia się wydzieliny) i zawsze udało się w przeciągu najwięcéj 10 dni zupełne wyleczenie osiągnąć. Zwykle po użyciu stoczka przedtem olejkiem z *eucalyptus* pomazanego bóle piekące wolniały a w 24 godzinach ustawały. Dalszy rozwój rzeżączki miał już być powstrzymany (?) przez powstrzymanie rozwoju mikrokoków. Podczas użycia następnego wstrzykiwań płynów antiseptycznych ropiasta wydzielina stawała się śluzową w przeciągu kilku dni, ta zaś przy użyciu wstrzykiwań z cynku zupełnie ustępowała, tak że jak namieniono cała kuracyja trwała 10 dni, a w niektórych nawet przypadkach tylko 6—8 dni.

Gdzie autor *experimenti causa* nie użył poprzednio stoczka z jodoformu, tylko wprost zaraz płyny antiseptyczne wstrzykiwał, rezultat nie był tak pomyślnym, a przypisuje to téj okoliczności, że stoczek lepiéj i ściśléj styka się z błoną śluzową odmarszczając ją niejako, w kilku przypadkach gdy chory za wcześnie urynował powtórnie założono stoczek wieczorem lub dnia następnego. Raz tylko nazajutrz po użyciu stoczka bóle się wznowiły i spotęgowały, lecz po użyciu stoczka zawierającego tylko olejek eucalyptusowy ustąpiły one a dalszy przebieg i czas trwania choroby nie doznały zmiany. Autor nie windykuje wyłącznie dla tych dwóch środków siły swoistéj i przyznaje, że mogą się znaleźć i istnieją pewnie inne jeszcze stosowniejsze leki, lecz z tych rezultatów pozwala sobie wysnuć wniosek, że osiągnięty skutek pomyślny przemawia za tém, iż wychodził on z dobréj zasady.

Brit. med. journ. (Lipiec). *Dr. Karcz* (Lwów).

Wiadomości pomniejsze.

ss) Dr. Sherwell *(Arch. of Dermat. vol. 4, Nr. 4)* podaje nowy sposób operowania znamion. Metoda ta polega na nakłówaniu skóry z równoczesnêm przyżeganiem ran; uskutecznia się to za pomocą wiązki igieł zwilżonych 25 do 40% rozczynem kwasu chromowego lub karbolowego. Aby zapobiedz zbytniéj reakcyi (krwawieniu) powleka się miejsce operowane warstwą kolodyjonu.

Dr. Sh. operował w ten sposób między innemi większe znamię płaskie; przyżegał takowe w ciągu 8iu miesięcy dwa razy w całości, częściowo zaś w krótkich odstępach czasu, poczém znamię obfite w naczynia, posiadające początkowo barwę ciemno-czerwoną, znikło „prawie zupełnie.“

ss) Pod nazwą pokrzywki barwikowéj (*urticaria pigmentosa*) opisuje Dr. Mackenzie przypadek przewłocznéj, a właściwiéj mówiąc, recydywującéj pokrzywki dotyczącéj dziecka zresztą zdrowego liczącego miesięcy 15.

Pierwszy wybuch choroby miał nastąpić wkrótce (3 dni) po urodzeniu bez wiadoméj przyczyny; ostatni zaś, postrzegany przez Dra M. pojawić się miał skutkiem obmacywania i mechanicznego drażnienia skóry. Osutka rozpostartą była na piersiach, brzuchu, grzbiecie i odnogach, wielkości grochu a nawet centa, barwy mięsistéj, brunatno-żółtéj. która to barwa i na najświeższéj osutce zauważyć się dawała (coby świadczyło o nader rychłym rozkładzie barwika krwi), a skutkiem tarcia lub drapania przybierała odcień czerwony.

ss) Wtórorzędna kiła części pochwowéj macicy cechuje się według Martineau (*Union méd. Nr. 61, 1880*) przeczosami, guzkami i wrzodami. W postaci różycowéj (*forma erythematosa*) M. nigdy nie postrzegał.

Przeczosy (*erosiones*) są mniéj więcéj wielkości soczewicy, o powierzchni gładkiéj, barwy miedziowo-czerwonéj, odbijającéj wyraźnie od prawidłowego zabarwienia części pochwowéj. Przeczosy te pojawiają się już to pojedyńczo, już to w większéj ilości; w ostatnim razie układają się niekiedy w postaci kół. Przeczosy zaś wywołane zapaleniem pochwy mają postać więcéj nieregularną, występują bliżéj sklepienia pochwowego i już po jasno czerwonéj barwie łatwo odróżnić się dają. Różnią się one także od przeczosów towarzyszących zapaleniu macicy, w których to razach zazwyczaj około ujścia pochwowego usadawiają się.

Guzki na części pochwowéj macicy przedstawiają według M. wyniosłości soczewicowate, płaskie, ćme, o powierzchni gładkiéj.

W razie istnienia wrzodów na części pochwowéj rozpoznanie kiły natenczas tylko zdaniem Dra M. jest możebnêm, jeżeli wrzód okazuje powierzchnię gładką, pewien charakterystyczny połysk, oraz cechy *folliculitidis ulcerosae*. Istnienie ziarnin bujających, łatwo krwawiących, wyklucza samo przez się kiłę, podobnie jak i świeże obrzmienie gruczołów.

Wszystkie te postacie kiły ustępują pod wpływem odpowiedniego leczenia miejscowego.

ss) Morfin jako odtrutka przeciw atropinowi. Czworo dzieci od trzech do siedmiu miesięcy liczących, spożyło nasienie bieluni kędzierzawéj (*datura stramonium*), któréj alkaloid jak wiadomo jest identycznym, a przynajmniéj bardzo pokrewnym z atropinem; u 3ch z powyższych dzieci otrucie przebiegało wśród ciężkich ale nie zabójczych objawów. Inaczéj się rzecz miała u czwartego, pięcioletniego chłopca. Tętno stało się nadzwyczajnie częstém, nitkowatém. Pojawiły się nieustanne kurcze kloniczne tak silne, że chłopiec bez przerwy rzucał się po łóżku. Od czasu do czasu słyszeć się dawał nieartykułowany ochrypły krzyk. Oddech charczący, nader nieregularny; tętno stawało się coraz więcéj nieumiarowém, podczas gdy inne objawy utrzymywały się bez przerwy. Śmierć zdawała się niechybną. Tu dopiero zastósowano morfin, „jako środek ostateczny.“ W ciągu godziny wstrzyknięto trzy razy pod skórę ogółem 0·02 morfinu. Już po pierwszém wstrzyknięciu tętno stało się pełniejszém a mniéj częstém, oddech również więcéj prawidłowym; pomiędzy napadami kurczów nastawały przerwy coraz dłuższe, tak że po 2ch godzinach wszelkie niebezpieczeństwo ustąpiło. Przez kilka następnych godzin zaledwie pewien niepokój zauważyć było można. „Gdyby mi kto zarzucił, że przypadek ten i bez podania morfinu w ten sam byłby się zakończył sposób, na co zgodzić się nie mogę, to jednak na podstawie przypadku tego o pewnym antagonizmie między morfinem a daturynem wnioskować się godzi. Wynikałoby to już z tego, że po dawce morfinu, jak na wiek dziecka bardzo znacznéj, wcale sen nie nastąpił.“ (Strömberg, *Petersb. med. Wochschr.* 1879, Nr. 48).

Dziewczyna 17-letnia zażyła przez pomyłkę 0·05 atropinu; w 8 godzin późniéj Dr. Leder zastał ją w łóżku wielce niespokojną. Chora nie poznawała nikogo, nie odpowiadała na pytania, zdawała się cierpieć znacznie i doznawać halucynacyj. Źrenice znacznie rozszerzone, gałki oczne wytrzeszczone. Oddech bardzo przyspieszony, tętno 150 na minutę, głos drżący. Z wielkim trudem podano lek wymiotny. Następnie wstrzykiwano podskórnie co 20 minut po 0·007 morfinu.

Już po pierwszém wstrzyknięciu omamy ustąpiły po czwartém nastąpił sen; tętno 110, oddech 17. Po 3ch godzinach chora się zbudziła a ozdrowiny bardzo rychło postępowały. (*Allg. med Centr. Ztg.* Nr. 102, 1879).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 2 czerwca 1880, w sali wykładowéj kliniki lekarskiéj.
Przewodniczący kol. Grabowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35.)

c) Przypadek padaczki rdzeniowéj (*Epilepsia spinalis*) u chorego z przewlekłém zatruciem rtęciowém, gdzie uporczywe napady padaczkowe ustąpiły rychło po wziewaniach azotynu amylowego. Prelegent przedstawiając chorego opowiada przebieg choroby jak następuje:

Gewürz Hanine lat 20, z Tarnowa, pracujący od 10 lat w fabryce kapeluszy, gdzie miał wiele do czynienia z rtęcią i z przetworami arsenowymi, zauważył nagle przed $1^1/_2$ rokiem drganie palca środkowego ręki lewéj, które występowało gdy chory zamierzał ująć jakiś przedmiot. Wkrótce zaczęły drgać wszystkie palce, potém cała odnoga górna lewa, a nawet i obydwie odnogi dolne, jednakże chory mógł zapanować nad tymi ruchami i oddawał się bez przerwy pracy kapeluszniczéj pomimo rad lekarzy. Dopiero z początkiém lutego br. drżenie zaczęło się powiększać, odnogi osłabły, a chory nie mogąc pracować udał się do szpitala lwowskiego, gdzie leczono go za pomocą kąpiel chłodnych z następowemi zawijaniami w koce. Mimo to stan jego znacznie się pogorszył, a mianowicie wystąpiły gwałtowne rzucania rękami i nogami i drżenie na całém ciele.

Chory przybył do kliniki 5 marca br. Najbardziéj uderzały w oczy rytmiczne ciągłe prawie rzucania odnogami, do których dołączały się kilkanaście razy na dzień takież same rzucania odnogami dolnemi, trwające zazwyczaj kilka minut. Obok tego drgały wszystkie mięśnie klatki piersiowéj, szyi, grzbietu i brzucha. Drgania i rzucania powiększały się pod wpływem wrażeń umysłowych, jak niemniéj przy zamierzonêm wykonywaniu jakichkolwiek ruchów. Z tego powodu chory nie mógł chodzić, musiał być karmiony, a nadto trzeba go było zastawiać drabinkami, ażeby nie spadł z łóżka. W czasie snu, drgania i rzucania uspokajały się, tylko mięśnie szyjne drgały bez przerwy. Odruchy

ścięgniste i mięśniowe wszędzie wygórowane, bardziéj jednak wzmożone były odruchy skórne; najmniejsze zadrażnienie skóry wystarczało do wzmożenia drgań całego ciała. Skutkiem bezustannych ruchów mięśnie całego ciała, jak niemniéj stawy barkowe i łokciowe były obolałe. Czucie dotykowe wszędzie prawidłowe. Odnoga górna lewa znacznie słabsza od prawéj (wartość dynamometryczna ręki prawéj 25, lewéj 15 kil.) Kurczliwość elektryczna prawidłowa. Chory żali się na ból i zawrot głowy, smak metaliczny w ustach, ogólną wrażliwość psychiczną, i upośledzenia czucia pod podeszwami. Mowa od roku jest niewyraźna, mocno jąkająca. W moczu i w pocie wykryło badanie sporą ilość rtęci.

Od 5—19 marca chory używał jodek potasu rano i wieczór po 1 grm., przez dzień chloral z bromkiem potasu, na noc wstrzykiwano mu podskórnie morfin, a nadto codzień używał kąpieli elektrycznéj. Przy tém leczeniu stan chorego znacznie się polepszył. Od 19 marca do 13 kwietnia wstrzykiwano choremu nadto codziennie po 0,02 chlorku pilokarpinu. Rzucanie odnogami w tym czasie ustało zupełnie, a gdy chory leżał spokojnie, drganie ograniczało się tylko do palców rąk, któremi chory przerabiał tak jak gdyby grał na fortepijanie, tylko przy zamierzonych ruchach pojawiały się drgania silniejsze, tak że chory sam jeszcze jeść nie mógł. Wszystkie odruchy były znacznie słabsze, a drgania nieznaczne w nogach pojawiały się tylko przy chodzeniu.

W drugiéj połowie kwietnia stan chorego zaczął się znów pogarszać: a mianowicie odruchy skórne i ścięgniste znów się wzmogły, a co ważniejsza przy coraz bardziéj zmniejszających się drganiach pojawiać się poczęły zrazu z przerwami kilkudniowemi a późniéj codziennie napady ogólnych kurczów, które bez jakiejkolwiek podniety zewnętrznéj przydarzały się 6—8 razy na dobę. Kurcze te zupełnie podobne do epileptycznych w odnogach górnych i twarzy były po większéj części kloniczne, w odnogach dolnych raz przeważały toniczne, drugi raz kloniczne. Przy tém przytomność i świadomość były zupełnie zachowane, źrenice rozszerzały się, a tętno przyspieszało się bardzo. Napad taki trwał kilka sekund do kilku minut. Im bardziéj chory się nasilał, by napad powstrzymać, z tém większą gwałtownością występywał. Po napadzie chory czuł się bardzo osłabionym. Leczenie polegało na podawaniu jodku potasu, wstrzykiwaniach morfinu, kąpielach ciepłych i galwanizowaniu stosu pacierzowego i większych pni nerwowych.

Od 22 kwietnia do 4 maja napady zupełnie ustąpiły pozostawiwszy po sobie tylko rozszerzenie serca, za to z tém większą gwałtownością pojawiać się poczęły od 4 maja, pomimo że przy spokojném leżeniu chory nie okazywał nigdzie drgań mięśniowych, tylko mierne trzęsienie się przy wykonywaniu ruchów, tak dalece, że mógł chodzić, sam jeść itp. Apetyt miał wyborny, a ciężar ciała o 11·5 kilogr. większy aniżeli w dniu przybycia do kliniki. Siła ręki prawéj podniosła się do 45, a lewéj do 40 kil. Zauważano jednak nowy objaw w postaci kurczowego stężenia w stawach kolanowych, które czasami dochodziło do tego stopnia, że ledwie z trudnością można było choremu zgiąć nogi w stawach kolanowych, to też chód chorego był bardzo podobny do chodu ludzi dotkniętych *c. paralysi spinali spastica.* To jednak szczególna, że napady drgawkowe powstawały tylko pod wpływem podniety zewnętrznéj, a tą było zgięcie odnóg w stawach kolanowych, silniejsze zgięcie lub wyprostowanie czynne lub bierne w stawach skokowych, lub silniejsze podrażnienie skóry na odnogach dolnych. Z tego powodu chory unikał starannie, by nie wykonywać żadnego silniejszego ruchy w tych stawach; powolne ruchy drgawek nie podniecały. Napadu drgawek najgwałtowniejszych najzupełniéj podobnych do drgawek epileptycznych można więc było wywoływać dowolnie w jeden z powyższych sposobów. Morfin, chloral, wielkie dawki bromku potasu, kąpiele codzienne, galwanizowanie nie odnosiły najmniejszego skutku tak dalece, że najmniejszy ruch odnogami dolnemi chory odpłacać musiał drgawkami.

W tym rozpaczliwym stanie wychodząc z zapatrywania, że napadom drgawkowym pośredniczyć musi pewna zmiana w unaczynieniu rdzenia pacierzowego najprawdopodobniéj w postaci niedokrewności polecono choremu w dniu 26 maja wziewać codziennie 4—5 kropel azotynu amylowego. Już tego samego dnia nie było napadu, a przez następne dnie (do 2 czerwca) przy codzienném używaniu azotynu amylowego najsilniejsze ruchy w stawach i najsilniejsze drażnienie skóry żadnych kurczów nie były w stanie wywołać. Prelegent zwraca uwagę na tę ciekawą okoliczność, jak niemniéj okazuje że stężenie w stawach kolanowych ustąpiło, że odruchy obecnie zaledwie cokolwiek są zwiększone, i że choremu trzęsą się ręce w bardzo małym stopniu tylko przy zamiarze wykonywania ruchów.

(W tym stanie w dniu 7 czerwca chory opuścił zakład, udając się do kąpiel krzeszowickich, zkąd wrócić miał zupełnie zdrów).

d) Przypadek choroby rdzenia pacierzowego ciekawy pod względem rozpoznania i przebiegu choroby. Część objawów odpowiadała przewlekłemu zapaleniu rdzenia, reszta porażeniu rdzeniowemu ze stężeniem (*paralys. spin. spastica*). Prelegent sądzi, że w przypadku tym, jak w wielu innych przyczyna tego skombinowania objawów polega na skombinowaném schorzeniu poszczególnych części rdzenia pacierzowego.

Obecni dziękują prelegentowi za powyższe demonstracyje i upraszają o częstsze przedstawiania na posiedzeniach Towarzystwa ciekawszych przypadków chorobowych.

(Dokończenie nastąpi.)

V. † Ferdynand Hebra.

Dotkliwy cios spotkał Wydział lekarski uniwersytetu wiedeńskiego: dnia 5 sierpnia b. r. zmarł znakomity profesor i uczony, najbieglejszy dermatolog niemiecki, Ferdynand Hebra, którego z całą słusznością nazywają twórcą dermatologicznéj szkoły wiedeńskiéj. Na świeżą mogiłę, która nie zdoła przyćmić wielkich zasług znakomitego nauczyciela złożmy wieniec spleciony z czynów i prac jego, nimi bowiem zasłużył zmarły na niewygasłą pamięć. Urodzony 7 września 1816, w stolicy Morawii, uzyskał stopień doktora medycyny w Uniwersytecie wiedeńskim r. 1841, a wstąpiwszy w tymże jeszcze roku do służby szpitalnéj nie opuszczał takowéj do śmierci. Z początku poświęcał się chirurgii, a owocem rzetelnych usiłowań w tym kierunku jest jego praca: *„Geschichtliche Darstellung der grösseren chirurgischen Operationen mit besonderer Rücksicht auf Edl. v. Wattmann's Operationsmethoden. Wien 1842“.* W rok późniéj zostaje lekarzem pomocniczym na oddziale prof. Skody, przez którego zachęcony, wyłącznie zaopiekował się cierpiącymi na choroby skórne, a pracując sumiennie w dziedzinie prawie odłogiem leżącéj i dzieląc się nabywanemi wiadomościami, z tymi, którzy chętnie jego wykładów słuchali, torował sobie drogę do uznania, wzrastającego z dniem każdym. W r. 1845, powierzono jego samodzielnemu zarządowi nowo utworzony oddział chorób skórnych, na którego czele pozostał do końca życia, zamianowany w r. 1849 profesorem nadzwyczajnym, a w r. 1869 zwyczajnym, dla wykładu o chorobach skórnych.

Przez uzyskane stanowiska działał zmarły w trzech kierunkach, a mianowicie jako lekarz, jako profesor i jako uczony, a obfite owoce jego działalności są rękojmią, że imię zmarłego długo z czcią wymawiane będzie. Z wdzięcznością mówią i mówić będą o nim cierpiący, których tysiące uleczał, z czcią wspominają go liczni uczniowie, po całym rozrzuceni świecie, a biegli w sztuce muszą podziwiać wytrwałą pracę i znakomitą erudycyję, przez które na zawsze złączył swoje imię z wiedzą lekarską. Nie umniejszy zasług zmarłego ta okoliczność, iż jako badacz poszedł śladem swego nauczyciela Skody; a przejęty zasadami nowo wskrzeszonéj przez Rokitańskiego nauki, opierał na niéj badania. W przyszłości dopiero będzie można należycie oce-

nie całą reformatorską zmarłego działalność, w nauce o chorobach skórnych, w której przed nim istny panował chaos, zbudowany na dyskrazyjach. Hebra obdarzony niezwykłą bystrością umysłu, szybko spostrzegł złe, które tamowało rozwój nauki i mimo wygody, jaką przypuszczenia o dyskrazyjach nastręczały, starał się obalić fałszywą podwalinę nauki. Jak dzielnie zwalczał zmarły fałszywe poglądy wykazują jego prace o świerzbie, (*Ueber Krätze Med. Jahrbuch des k. k. oesterr. Staates B.* 46—1844, III, IV, u. V. *Heft. Ueber eine in Norwegen beobachtete neue Form der Krätze, Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte VIII Jhrg.* I. B. 1852. 3) *Skizzen einer Reise in Norwegen IX. Jhrg.* I. B. 1853. 4) *Beitrag zur Geschichte der sog. Norweg. Krätze. IX Jhrg.* II B. 1853. 5) *Sieben Monographien ueber Krätze X Jhrg.* 1854 I. B.), o chorobach owłosionéj skóry, (*Ueber die behaarte Kopfhaut selbstständig ergreifende Hautkrankheiten. Zeitschrift etc. I Jhrg. II. Heft.* 1844), i rozprawy umieszczane w różnych sprawozdaniach, w których zawzięcie walczy przeciwko zakorzenionym przesądom, wówczas przez ogół uznanym. Bystry umysł nie mógł zadowolić się burzeniem, ale czując potrzebę zastąpienia przesądów, budował trwały gmach (*Versuch einer auf pathol. Anatomie gegründeten Eintheilung der Hautkrankheiten. Zeitschrift etc. II Jhrg.* 1845, I. B.), na podstawie anatomii patologicznéj. Jakkolwiek podział chorób skórnych przez niego utworzony nie jest naturalnym, to przecież jest niewątpliwie najlepszym, co dowodzi ta okoliczność, iż za jego podziałem postępuje znaczna większość autorów. System jego udowadnia, że zmarły umiał objąć całość przedmiotu, a bardzo wielką zasługą jego pozostanie, że mimo to pamiętał o szczegółach, które nie tylko bardzo skrzętnie badał ale téż umiał wynajdywać i opisywał je z wielką znajomością i mistrzowską bystrością tam, gdzie one były prawie niedostrzegalne. Wzbogacił on naukę odkryciem wielu nowych chorób, jak np. *Rhinoskleroma*, *Pityriasis rubra*, *Lichen ruber*, *Seborrhoea*, względnie *Lupus erythematodes* itd.; a przytém nigdy nie zapominał o celu nauki w zastósowaniu tj. o leczeniu. I na tém pola zasługa jego jest doniosłą a jeszcze za życia jego przypadło mu godne uznanie w skutek rozpowszechnienia się sposobu jego leczenia i przez nagrody, któremi go Rządy i instytucyje obdarzały, o czém świadczą liczne oznaki honorowe i wielki medal, uzyskany na Wystawie londyńskiéj (1862) za aparat nieustającej kąpieli. Pełni uwielbienia dla mistrza nie jesteśmy jednak bałwochwalcami i przypuszczamy, że w przyszłości, gdy nauka rozwijać się będzie, niejedna niedokładność się znajdzie; nie zapominajmy jednak, że zmarły stwarzał całość z chaosu, mając przytém ograniczony zakres środków badania. O ile słusznym jest zarzut, że zanadto był jednostronnym i w chorobach skóry upatrywał przedewszystkiém miejscowe cierpienia i zwalczał je miejscowymi środkami, okaże przyszłość; ale gdyby ten zarzut nawet zupełnie był słusznym, to osłabi go ta okoliczność, iż walczący zwycięzko przeciwko dyskrazyjom, nie mógł wprowadzać je pod inną zmienioną formą lub nazwą, nie mając niezbitych dowodów ich istnienia.

Hebrę nazywają twórcą wiedeńskiéj szkoły dermatologów i słusznie mistrzowi to miano się należy. Jego uczniowie, dla których własną pracą wywalczył katedry, wznosząc zaniedbaną dermatologiję do godności obszernéj nauki, są nauczycielami młodszych pokoleń nie tylko w Austryi i Niemczech, ale nawet w drugiéj połowie świata. Nie ma lekarza zajmującego się chorobami skórnemi, a tém mniéj nauczyciela téj gałęzi, któryby nie korzystał z głębokiéj wiedzy Hebry; bardzo uczęszczane wykłady jego mimo niewykończonéj formy wszyscy wysoko cenili, bo z nich nie tylko czerpali wiedzę, ale mimowoli nabywali pewności w rozpoznawaniu i leczeniu, a zarazem wdrażali się w samodzielne badania, któremi najbliżsi jego uczniowie głośno zasłynęli.

Do samodzielnéj a wytrwałéj pracy zachęcał wreszcie zmarły czynem, ogłaszając ciągle swoje spostrzeżenia, a najtrwalszym pomnikiem literackim pozostanie na zawsze dzieło jego o chorobach skórnych (*Lehrbuch der Hautkrankheiten I u. II. Band.*), które przed dwoma laty doczekało się drugiego wydania przy współpracownictwie jego ucznia i zięcia Kaposiego. Równie pomnikowém dziełem jest jego atlas chorób skórnych, wydawany wraz z Elfingerem i Bacrensprungiem. Dzieło jego o chorobach skórnych dopełniało tego, czego niekiedy niedostawało w wykładzie, a o wartości jego najlepiéj świadczy fakt, iż prawie na wszystkie języki jest to dzieło tłumaczone. Śmierć męża, który tyle zasług położył musiała boleśnie dotknąć każdego, wiele straciła cierpiąca ludzkość, wiele straciła nauka, ale najwięcéj utracił Wydział lekarski Uniwersytetu wiedeńskiego. Wraz z Hebrą wstępuje do grobu znowu jasna gwiazda, któréj światło opromieniało przez dziesiątki lat Wszechnicę wiedeńską. Część pamięci wielkiego mistrza! *Dr. Krówczyński.*

Czwarty wiec delegatów austryjackich towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie **Dra Józefa Merunowicza**,
delegata Rady zawiad. towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Dnia 26 i 27go lipca b. r. odbył się w Wiedniu czwarty Wiec delegatów austr. Towarzystw lekarskich, na którym reprezentowanych było 33 towarzystw przez 52 delegatów.

I. Pierwszym przedmiotem obrad była sprawa stosunku lekarzy do Towarzystw asekuracyjnych, poruszona jeszcze w r. 1877 przez Towarzystwo lekarzy opawskich. Koledzy ci żądali, by odtąd odmawiać bezwarunkowo wydawania świadectw lekarzy domowych (*hausärztliche Atteste*), których zwykle dyrekcyja Towarzystw ubezpieczeń od lekarzy domowych wtedy żąda, gdy świadectwo wystawione przez stałego lekarza Towarzystwa nie dość daje pewności co do stanu zdrowia ubezpieczającego się, lub co częściéj się zdarza, po śmierci ubezpieczonego. Ponieważ wielu lekarzy z ochotą przyłączyłoby się do uchwał lekarzy opawskich, — odmawiając bowiem wydania takiego świadectwa tracą zaledwie kilka reńskich, unikają natomiast wielu przykrości ze strony swych klientów, w razie gdyby w skutek ich świadectwa Towarzystwo asekuracyjne odmówiło przyjęcia; ponieważ w dalszéj konsekwencyi tych uchwał, żaden lekarz nie miałby prawa wydać świadectwa asekuracyjnego osobie takiéj, którą poprzednio miał w leczeniu: wystósowało 14 Towarzystw asekuracyjnych zbiorowy memoryjał do naszego Wiecu, proponując przyjęcie tych samych warunków przy wydawaniu świadectw w mowie będących, jakie przyjęli lekarze niemieccy w Eisenach. Po dłuższéj dyskusyi nad tym przedmiotem, zgodzono się więcéj w uwzględnieniu interesu tak klientów jak lekarzy samych na następujące punkta:

1. „Lekarze domowi mogą tylko wówczas wydawać świadectwa asekuracyjne, gdy ubezpieczający się wyda ku temu pisemne upoważnienie dla lekarza w formie osobnego pisma i gdy zachowane będą ostrożności uchwalone w Eisenach“ (tj. iż świadectwa takie nie na ręce ajentów lecz wprost do Dyrekcyi mają być przesyłane). Rozumie się, iż lekarz może odmówić wydania świadectwa, bez podania powodu.

2. „Świadectwa pośmiertne mają ile możności ograniczać się do podania naukowéj przyczyny śmierci; udzielenia dat anamnestycznych należy w takim świadectwie bezwarunkowo odmówić“. Ustęp ten umieszczony jest z obawy, by przez przypadkową niezgodność anamnezy podanéj w pierwszém i pośmiertném świadectwie nie szkodzić swemu klientowi mimo woli i wbrew słuszności, podając tym sposobem niektórym Towarzystwom sposobność do unieważnienia policy.

3. „Wiec upoważnia Wydział wykonawczy Związku towarz. lek. na zasadzie powyższych uchwał wejść w bliższe porozumienie z Towarzystwami asekuracyjnemi. Wynik tych rokowań ma być Towarzystwom lekarskim do zatwierdzenia przedłożonym“.

4. „Oznaczenie wysokości wynagrodzenia za świadectwo lekarskie wydane dla użytku Towarzystw asekuracyjnych pozostawia się każdemu lekarzowi; nie może ono mniéj jak trzy zł. w. a. wynosić“.

5. „Aż do wejścia w życie Izb lekarskich należy wszelkie nieporozumienia między Towarz. asekuracyjnem i lekarzami za pośrednictwem Wydziału Związku załagadzać.

II. W sprawie uregulowania służby zdrowotnéj gminnéj uchwalono:

1. „Czwarty Wiec delegatów austr. Towarz. lek. wyraża swe ubolewanie, że ustawnicze uregulowanie gminnéj służby zdrowotnéj w myśl § 5 ustawy z 30 kwietnia 1870 r. dotąd nie jest przeprowadzoném, i widzi w téj przerwie ustawodawczéj cofanie się na polu higijeny oraz znaczne uszkodzenie stanu zdrowia ogółu.

2. „Wiec wzywa Towarzystwa lekarskie do Związku należące by w pojedyńczych krajach koronnych starali się wszelkimi prawnymi środkami, szczególnie wnoszeniem umotywowanych petycyj, o szybkie uregulowanie gminnéj służby zdrowotnéj.

3. „By przy uregulowaniu tém uwzględnić wszystkie ważniejsze okoliczności, by oraz uzyskać najczynniejszy współudział wpływowych czynników, należy w tych petycyjach do Sejmów starać się o zwołanie ankiety z współudziałem Rządu, Wydziału krajowego, zastępców Towarzystw lekarskich, władz powiatowyeh, lekarzy powiatowych i gmin. W téj ankiecie byłoby zadaniem lekarzy uwzględnić ile możności lekarzy mieszkających na prowincyi, wyjednać im stałe posady oraz zapewnić ich działalność ustawą“.

III. W sprawie praw i obowiązków lekarzy uchwalono przekazać Wydziałowi Związku: przedłożenie Towarzystwom lekarskim odpowiedniego projektu do unormowania praw i obowiązków lekarzy w drodze ustawodawczéj; w tym projekcie należy określić, o ile lekarz obowiązanym jest Państwu pełnić bezpłatne usługi, by wreszcie wynagrodzenie jakie Państwo ma za pewne usługi lekarzom uiszczać, ustanowione zostało w porozumieniu z lekarzami. Wydział Związku upoważnionym został w razie nadarzającéj się sprzyjającéj sposobności wnieść w myśl tych uchwał petycyje bez znoszenia się z Towarzystwami lekarskiemi. (C. d. n.)

Listy z Londynu.

IV.

Egzamina wstępne dla uczniów medycyny. — Szkoły medycyny. — Rozmaite stopnie.

Przyszły uczeń medycyny, bez względu na to czy jakie szkoły ukończył czy nie poddać się musi egzaminowi matrykulacyjnemu. Pod tym względem ma on do wyboru rozmaite zakłady lecz najbardziéj polecają tak zwane *University of London*, jakkolwiek tam egzamin jest najtrudniejszym i przeszło 60% kandydatów nie odpowiada wymogom. Zapewne żaden z czytelników „Przeglądu“ zdawać nie będzie rzeczonego egzaminu, lecz może nie od rzeczy będzie krótka wzmianka, jakich wiadomości wymaga najsurowszy zakład angielski. Zgłaszający się kandydat musi mieć ukończony rok szesnasty i okazać postęp dobry w następujących wiadomościach: 1) w łacinie, 2) w językach: greckim, francuzkim, niemieckim, sanskryckim, arabskim, według uchwały ogólnego zgromadzenia walnego dla lekarskiego wychowania dnia 14go lipca br. pozwolono wybrać i inny z żyjących języków; 3) w języku angielskim, historyi angielskiéj i geografii nowożytnéj, 4) w matematyce, 5) w fizyce i chemii.

Są to prawie te same przedmioty, jakich się wymaga u nas przy maturze, lecz wymagania są znacznie mniejsze. I tak np. z greckiego języka wymaga się znajomości tylko po jednéj księdze Homera i Xenophonta, które na 1½ roku naprzód ogłaszają, arytmetykę do wyciągania pierwiastków kwadratowych; algebrę do zrównań pierwszego stopnia, z fizyki tylko wiadomości elementarne (*of a strictly elementary character*). Egzamina te odbywają się każdego roku w styczniu i w czerwcu a kandydaci, którzy okazali najlepsze postępy a nie przekroczyli jeszcze 20go roku życia dostają nagrody w gotówce lub książkach i narzędziach i tak np. pierwszy dostaje po 30 f. szter. (=360 zła.), przez dwa lata, drugi po 20 f. szter. (=240 zła.) również przez dwa lata. Podobne nagrody lub medale otrzymują uczniowie celniejsi i w ciągu dalszych studyjów.

Po szczęśliwie odbytym egzaminie wstępuje kandydat na wydział lekarski i ma w Londynie do wyboru 11 szkół lekarskich, połączonych z odnośnymi szpitalami. Nauka trwać musi 4 lata, ale tylko trzy lata potrzebuje przepędzić w szkole lekarskiéj, przeto radzi się uczniom, aby zaczynali od tego na czém my kończyć zwykliśmy tj. wstąpienie na rok do jakiego szpitala lub lekarza praktykującego jako praktykant. Tak téż po największéj części robią i że tak powiem uczą się kłaść przyszczypki, podczas gdy majster nowe buty robi, a po roczn̄éj praktyce wstępują do szkoły lekarskiéj dla systematycznéj nauki. Jak już wyżéj wspomniałem nauka szkolna trwa trzy lata i za nią prawie w każdéj szkole inną składa się opłatę, w jednych 50 f. szter. (=600 zła.) w innych nawet przeszło dwa razy tyle. Półrocze zimowe trwa od 1go października do 31go marca a półrocze letnie od 1go maja do 31 lipca. Dziwném mi się wydawało jak można w trzech latach pokończyć nauki, na które nam zaledwie pięć lat wystarcza, przekonałem się, że się tu urządzają bardzo praktycznie.

Pierwsze półrocze zimowe poświęca się anatomii fizyjologii i chemii, a przytém uczęszczają uczniowie do ambulatorium. W półroczu letniém słucha się wykładów *de materia medica*, botaniki i ćwiczenia praktyczne w chemii. Nau-

ka botaniki dla uczniów medycyny ma tutaj licznych przeciwników. Przytoczę tu zdanie ś. p. Dra Gravesa prof. w Dublinie, który uchodzi za powagę. On mówi: „Botanika jest bardzo zajmującą i użyteczną nauką, lecz sądzę, że można być bardzo dobrym praktykiem nie znając układów Linneusza i Jussieugo. Gdyby kto praktykował w miejscowościach odosobnionych od dróg handlowych i szukać musiał leki po wodach i łąkach, to by się często mylił nie znając botaniki. Lecz praca ta szczęściem dla praktyka europejskiego jest całkiem niepotrzebną.

Co się tyczy chemii, mówi tenże, „znajomość jéj dla ucznia medycyny jest potrzebną i półrocze lub dwa téj nauce poświęcić powinien, lecz ani jednego dnia nie powinna go powstrzymywać od szpitala". (*Clinical lectures on the practice of Medicine by Graves M. D.*). Przytoczyłem tu słowa Anglika, bo sądzę, że w naszych stosunkach dałoby się powiedzieć o zoologii i mineralogii to samo co on powiedział o botanice, a zdanie jego o chemii odnieśćby można i do fizyki. Ale powracam do dalszéj nauki. Drugie półrocze zimowe poświęca się powtórnie anatomii i fizyjologii a przy tém słuchają wykładów z medycyny wewnętrznéj i chirurgii.

Po tych trzech półroczach uczniowie poddają się pierwszemu egzaminowi. Przez drugie półrocze letnie słucha się zazwyczaj akuszeryi, medycyny sądowéj i anatomii patologicznéj. W ciągu trzeciego półrocza zimowego i letniego słucha się daléj wykładów medycyny wewnętrznéj, chirurgii jako téż specyjalnych gałęzi. Kto przed wstąpieniem do szkoły lekarskiéj odbył rok praktyki może przystąpić do egzaminów końcowych. w przeciwnym razie musi jeszcze jeden rok uzupełnić.

Stopień lekarza uzyskać można albo w jednym z 10 uniwersytetów, z których Anglija ma cztery (Oxford, Cambridge, Durham, Londyn) Szkocyja cztery (Edynburg, Glasgow, Aberden, St. Andrews) Irlandyja dwa (Dublin i tak zwane *queens university in Ireland,* które się składa z trzech zakładów w Belfast, Cork i Galway); albo w jedném kolegium lekarzy lub chirurgów, wreszcie w jedném z dwóch towarzystw aptekarskich. Uprzywilejowani każdego z tych zakładów inny mają tytuł, którego na kartach wizytowych w skróceniu używają, dodać do tego wypada, iż każdy zakład rozmaitych udziela stopni a otrzymamy prawdziwie babilońskie pomieszanie języków. Jeden ma tytuł M. R. C. S. (*member of the royal college of surgeons)* drugi L. R. C. P. (*licenciate of the royal college of physicians*) trzeci F. R. C. P. (*fellow of the royal college of physicians*) inny M. D. (*doctor of medicine*) lub M. Ch. (*master in surgery*) itd. itd. A jeden tytuł większe ma znaczenie od drugiego. Nadto obok tytułu znaleść można dopisek miasta, w którym go uzyskano i to ma swoje znaczenie, bo dyplom londyński, np. uważa się za coś więcéj aniżeli edynburgski, ten znowu ceni się wyżéj aniżeli jaki inny. Są to zabytki jeszcze z dawnych czasów i zapewne niezadługo zaprowadzą jakąś jednolitość, jaką już prawie na całym świecie zaprowadzono.

Ale jest to rzeczą trudną zaprowadzić jednolitość w Anglii, gdzie lada uchwałę parlamentu uważają za gwałt zadany wolności. Szczepienie ospy np. uchwałą parlamentu jest obowiązkowém. To samo istnieje i w innych krajach lecz tu przymus ten uważają za gwałt i z tego powodu liczni znachodzą się przeciwnicy szczepienia. Prawie cała Europa przyjęła w aptekarstwie miary metryczne, ciepłotę mierzy według skali Celsiusa, Anglicy ważą na funty, mierzą na kwarty i używają skali Fahrenheita i rząd, któryby zmianę chciał zaprowadzić z pewnością ustąpićby musiał. Gdyby inny jaki kraj w ten sposób postępował nazywanoby to zacofaniem, w Anglii nikogo to nie dziwi.

Londyn d. 28 lipca 1880 r. *Dr. Bogdanik.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. Ospa w Londynie utrzymywała się w tygodniu 31 (do 31 lipca) w jednakowém nasileniu. Umarło 4, leczyło się w szpitalach 178, świeżo zapadło 16. W Wiedniu i Pradze umarło po 12, w Paryżu 50, w Budapeszcie i Aleksandryi po 5, w Murcyi 3, w Chrystyjanii 2. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 31, w Petersburgu 39. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 13, z duru powrotnego 12. O wiele więcéj umarło dzieci z biegunki w Wiedniu, Budapeszcie, Paryżu, Londynie, Petersburgu, Warszawie i miastach większych północnéj Ameryki. W Baltimore pojawiło się kilka przypadków cholery. W Rio de Janeiro umarło od 16—30 czerwca 19. W tygodniu 32 umarło w Krakowie: 1 z ospy, 8 z płonicy, 1 z dławca, 3 z duru brzusznego, 5 z czerwonki a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy (z ul. Wysokiéj l. 285), 3 płonicy (2 ze szpitala św. Ludwika i 1 z ul. Kupa); 1 duru osutkowego (ze szpitala św. Łazarza); 4 czerwonki (z ul. Straszewskiego l. 6, z ul. Stolarskiéj l. 496, z ul. Szewskiéj l. 220; z Trzebini). W tygodniu 33 umarło w Krakowie: 3 z ospy, 4 z płonicy, 2 z dławca, 1 z duru brzusznego, 2 z duru osutkowego, 4 z czerwonki a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy (z ul. Grodzkiéj l. 111); 2 dławca (ze szpitala św. Ludwika i z Białego Prądnika); 1 duru osutkowego (ze szpitala św. Łazarza): 5 czerwonki (z Rynku l. 45, z ul. Straszewskiego l. 64, z ul. Grodzkiéj l. 65, z ul. św. Anny l. 203 i z Raciborowic).

W tygodniu 32 ospa złagodniała w Londynie. Umarło 2, leczylo się w szpitalach 143, świeżo zapadło 15. W Wiedniu umarło 12 w Budapeszcie i Aleksandryi po 6, w Petersburgu 4, w Bukareszcie 3, w Paryżu 38, w Pradze 3, w Maladze po 3, w Odessie i Murcyi po 2. Z tyfusu brzusznego umarło w Paryżu 33, w Petersburgu 34. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 13. Z biegunki umierało nieco mniéj niż w poprzednich tygodniach. W Krakowie umarło w 33 tygodniu 3 z ospy, 4 z płonicy, 2 z dławca, 1 z duru brzusznego, 2 z duru osutkowego, 4 z czerwonki a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku przypadku ospy (z ul. Wysokiéj l. 285); 2 płonicy (z ul. Kupa i ze szpitala św. Ludwika); 1 duru osutkowego (ze szpitala św. Łazarza) i 8 czerwonki.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 31 (do 31 lipca) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 39,2; w Poznaniu 36,4; w Wiedniu 22,7; w Budapeszcie 41,9; w Pradze 45,8; w Bazylei 28,5; w Brukseli 20,2; w Berlinie 38,2; w Wrocławiu 43,0; w Monachijum 37,6; w Dreźnie 29,2; w Lipsku 27,2; Amsterdamie 22,8; w Hadze 21,3; w Paryżu 27,4; w Londynie 24,9; w Kopenhadze 24,0; w Stokholmie 30,9; w Chrystyjanii 24,0; w Petersburgu 48,8; w Odessie 53,8; w Rzymie 26,8; w Wenecyi 35,1; w Bukareszcie 32,0; w Aleksandryi 50,0; w Nowym Jorku 60,8; w Bombayu 27,0; w Madrasie 37,0.

W tygodniu 32 (do 7 sierpnia) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: w Krakowie 42,5; wé Lwowie 26,8; w Warszawie 38,7; w Poznaniu 22; w Wiedniu 21,5; w Budapeszcie 41,9; w Pradze 27,7; w Bazylei 24,5; w Brukseli 25,2; w Berlinie 34,2; w Wrocławiu 38,4; w Monachijum 34,2; w Dreźnie 29,5; w Lipsku 18,1; w Amsterdamie 23,9; w Hadze 22,6; w Paryżu 27,7; w Londynie 24,2; w Kopenhadze 19,7; w Stokholmie 33,2; w Petersburgu 42,3; w Odessie 53,3; w Rzymie 26,6; w Bukareszcie 28,3; w Barcelonie 34,5; w Aleksandryi 48,3; w Nowym Jorku 43,1; w Bombayu 28,0; w Madrasie 31,3. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 31 sierpnia. Numer niniejszy zamykamy wcześniéj niż zwykle, albowiem w chwili, gdy to piszemy, miasto nasze stroi się świątecznie celem godnego a serdecznego przyjęcia Najdobrotliwszego Monarchy. Druga połowa tygodnia jest prawdziwém a uroczystém świętem dla miasta naszego, bo w murach jego gościć będzie Dobroczyńca kraju i Założyciel Akademii Umiejętności. Nie powołani do publicznego wystąpienia ograniczamy się do wynurzenia radości i łączymy życzenia nasze z okrzykiem pełnym zapału, który rozchodzi się po całym kraju: Niech żyje nasz Cesarz i Król!

* Styryi nie powodzi się z zakładem dla obłąkanych, a więc Galicyja nie jest pod tym względem odosobnioną. Pierwszy dyrektor zakładu nowego w Feldhof pod Gracem, Dr. Czermak, brat profesora fizyjologii, umarł krótko po nominacyi, a następca jego prof. Krafft-Ebing, znany powszechnie z licznych prac naukowych, właśnie podał się do dymisyi i takową otrzymał. Ponieważ Krafft-Ebing zarazem jest profesorem psychijatryi w Gracu, więc z dymisyją jego jako dyrektora zakładu wydział lek. traci materyjał kliniczny. Pokazuje się, że dualizm władz ma wielkie swoje niedogodności, albowiem sprowadza ciągłe starcia pomiędzy władzą rządową a autonomiczną.

* Krynica d. 1 września. Od otwarcia tegorocznéj pory zdrojowéj aż do 31 sierpnia przebywało w Krynicy osób 2770, dla których udzielono kąpieli mineralnych waniennych 25675, żelazisto-borowinowych 8970, mineralnych nasiadowych 2074, rzecznych 2270. Jeszcze obecnie bywa na dzień ogółem po 240 kąpiel. Ubiegły tydzień odznaczał się nieprzerwanie wspaniałą pogodą.

* Według nadesłanych nam wykazów było w Cieplicach czeskich 9972.

+ **Karlsbad** d. 31 sierpnia. Do dnia 28 bm. bawiło w Karlsbadzie gości kąpielowych 24.355 osób, o 2008 więcéj niż r. z. Tydzień ubiegły rozpoczął się od deszczu ulewnego przy temperaturze 14° R., reszta dni odznaczała się prześliczną pogodą przy średniéj temperaturze 17° R. w cieniu, która do słońca dochodziła do 26° R.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Leidesdorf we Wiedniu otrzymał krzyż komandorski serbskiego orderu Takowy.— Lekarz powiatowy w Znaimie, Dr. Emanuel Kusy mianowany został radcą namiestnictwa i referentem spraw sanitarnych w Bernie morawskiém. — Fizyk wiedeński Dr. Nusser przeniesiony w stan spoczynku otrzymał w uznaniu zasług obywatelstwo m. Wiednia. — Jeneralny lekarz armii pruskiéj Dr. Lauer mianowany został honorowym zwyczajnym profesorem w uniwersytecie berlińskim. — Docent prywatny Dr. Lantscher mianowany został prof. nadzw. w Insbruku a Drowie Walser i Drosch habilitowali się w Gracu jako docenci prywatni, pierwszy z chirurgii a ostatni z fizyjologii.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 35: Wolberga. O zszywaniu, odtwarzaniu się i naciąganiu nerwów. Heimana: Sprawozdanie z czynności chirurg. szpitalnéj za r. 1879.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Louis WOLBERG: Uiber den Einfluss einiger u. Salze Alkaloide auf die Verdauung (von der Warschauer med. Facultät gekrönte Preisschrift). Bonn 1880. (Osobne odbicie z Archiwu Pflügera) in 8vo str. 20.

Tegoż: to samo po polsku (odbitka z Gazety Lekarskiéj)

Tegoż: Rana drążąca stawu kolanowego (odbitka z Gazety Lekarskiéj).

Dr. RYDYGIER: Zur antiseptischen Gelenkresection, mit besonderer Berücksichtigung der Kniegelenkresection bei Gelenktuberculose (osobne odbicie z Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie) in 8vo str. 34. (Artykuł ten poprzednio ogłoszony został po polsku w Przeglądzie Lek.)

A. TAMASSIA: (prof. w Pawii): Sulla putrefazione del fegato. Ricerche sperim. di medicina forense. Reggio 1880, in 8vo str, 70 z tablicą.

Piśmiennictwo lekarskie. ALBERT E, Beiträge zur operativen Chirurgie. 2. Hft. Mit Holzschn. gr. 8. Wien, Urban et Schw. M. 2.

AUDOUIN P., De la Phthisie aiguë chez les vieillards. 8. Paris, Henry Fr. 1½.

BARET A., Le Tabac, les manufactures et les fumeurs, conclusions pratiques. 8. Paris, Henry. Fr. 3½.

CHARITÉ-ANNALEN. Hrausgegeben von der Direction d. Kgl. Charité Krankenhauses in Berlin. Red. v. Dr. Mehlhausen. V. Jahrg. (1880). Mit 2 Tfln. Lex.-8. Berlin, Hirschwald. M. 20.

CHEVALLEREAU A. Recherches sur les paralysies oculaires consécutives à des traumatismes cérébraux. 8. Paris, Delahaye. Fr. 2.

CLÉMENT E. Conférences pratiqués de médecine légale. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 4.

FERRAND. Leçons cliniques sur les formes et le traitement de la phthisie pulmonaire. 8. Paris, Delahaye. Fr. 6.

FERRIER D. Die Localisation d. Hirnerkrankungen. Uebers. v. R. H. Pierson. M. 62 Holzschn. gr. 8. Braunschweig, Vieweg et Sohn. M. 4.

GROSKOST. De l'action physiologique de la strychnine, 8. Paris, Delahaye. Fr. 1½.

HOFFMANN C. E. E. Lehrbuch d. Anatomie. d. Menschen in 2 Bdn 2 Aufl. Fortges. v. G. Schwalbe., 2 Bd. 2 Abth. 1 Lfg. gr. 8. Erlangen, Besold. M. 8.

KRAFFT-EBING R. v. Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage. 3 Bd. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 5.

LANGLEBERT J. Nouveaux procédés de dilatation des rétrécissements de l'urèthre. 8. Paris, Delahaye Fr. 3.

LATIL V. Étude sur la phthisie pulmonaire chez les arthritiques. 8 Paris, Delahaye. Fr. 2½.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. K. M. w Warszawie: Kąpiel borowinowa znaczy to co po niemiecku zowiemy *Moorbad.* Wyrażenie używane prawie od tak dawna jak kąpiele borowinowe.

Redaktor Przeglądu Lekarskiego już powrócił i obejmuje swoje czynności.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 11 września 1880. **№ 37.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. DOMAŃSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. (C. d.) — II. KLINK. O działaniu *Silphium cyrenaicum* w dymienicach ostrych. (Dok.) — III. KARCZ. Kazuistyka sądowolekarska. Morderstwo rozbójnicze. — IV. *Oceny i sprawozdania*: Kiła a małżeństwo przez profesora Fourniera. Sprawozdanie Dra Bogdanika. — *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Posiedzenie Tow. lek. krak. (Dok.) — VI. *Odcinek:* MERUNOWICZ. Czwarty wiec delegatów austryjackich towarzystw lekarskich. (Dok.) — VII. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VIII. *Wiadomości bieżące.*

I. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

23. Zboczenia umysłowe zajmują względem kiły toż samo stanowisko, co zboczenia czynnościowe dotąd opisane; mają przeto z niemi niektóre znamiona wspólne.

Pierwsze, co zasługuje na uwagę, jest, że zboczenia umysłowe przez kiłę wywołane są częste, nawet bardzo częste i w różnéj formie i stopniu pojawiają się w przeważającéj liczbie przypadków kiły mózgowéj, co niewątpliwie zostaje w związku z okolicznością już przedtém wymienioną, że kiła z upodobaniem zajmuje substancyję szarą półkul mózgowych mianowicie przednich ich płatów. Tak samo jak zboczenia czynnościowe poprzednio omówione, zboczenia umysłowe albo towarzyszą innym przypadom mózgowym i tak bywa najczęściéj albo występują same wyłącznie tak, że przynajmniéj do pewnego czasu są jedynym prawie objawem choroby.

Pod względem przebiegu i formy chorobowéj podzielić możemy wraz z Fournierem zboczenia psychiczne na powolne z obniżeniem czynności umysłowych a mianowicie osłabieniem pojętności i ogłupieniem, i na występujące mniéj lub więcéj ostro wśród objawów podniecenia mózgu. Pierwsze oddawna nie ulegają żadnéj wątpliwości, drugie, jako o wiele rzedsze, nie są powszechnie jeszcze uznane.

Co do formy pierwszéj, objawia się ona, jakeśmy właśnie wspomnieli, ogólném obniżeniem pojętności i to albo prostém albo połączoném z brakiem logicznego związku.

Obniżenie proste władz psychicznych objawia się ich osłabieniem bez wszelkich objawów obłędu a zatém osłabieniem pojętności, powolniejszém myśleniem, zmniejszeniem uwagi i pamięci przeważnie dla rzeczy i zdarzeń świeższych, brakiem należytego ciągu w myśli, słowie i czynie, niezdolnością do wszelkiéj czynności psychicznéj potrzebującéj jakiegoś wysilenia, łatwém męczeniem się nieznaczną nawet pracą umysłową, z czego wszystkiego pozostają rozliczne kroki fałszywe i sprzeczności w postępowaniu. W wielu bardzo razach chorzy nie mają świadomości swego stanu, w innych przeciwnie sami postrzegają zaszłą zmianę, lecz o jéj doniosłości nie mają należytego pojęcia. Z tém obniżeniem władz umysłowych idzie w parze zmiana usposobienia moralnego dotycząca charakteru, przyzwyczajeń i humoru. Fournier słusznie twierdzi, że zmiany te z łatwych do pojęcia powodów mijają niepostrzeżone w szpitalu, ale tém większą zdaniem naszém grają rolę w praktyce prywatnéj i nie łatwo ujść mogą oku lekarza domowego, który od dłuższego czasu zna swego pacyjenta. Zmiany te w usposobieniu moralném objawiają się w postaci obojętności na to, co dawniéj chorego żywo obchodziło, jak rodzina, sprawy domowe i publiczne, niedbalstwie w ubiorze i w ogólności zachowaniu form zewnętrznych w obec świata, wybuchach gwałtowności, nieraz znacznego nawet podwyższenia popędu płciowego, dla zaspokojenia którego chorzy na nic nie zważają.

Stopień tych zboczeń umysłowych i moralnych nader bywa rozmaity, jak różnemi są bardzo kombinacyje należących tu przypadów. Są przypadki dla niewprawnego nawet i obcego jakby na pierwszy rzut oka widoczne, gdy w innych tylko dokładne bardzo badanie i porównywanie stanu dawniejszego z obecnym może nam dać rzeczywiście jakąś wskazówkę, co ze względów prognostycznych i terapeutycznych oczywiście nader wielkiéj jest wagi.

Z pomiędzy tych zboczeń psychicznych na szczególniejszą zasługuje uwagę i najłatwiéj téż postrzegać się daje utrata pamięci, która w trojaki sposób może ulegać zmianom, tj. albo słabnie powoli jednostajnie albo, jakeśmy to przy epilepsyi podali, jakby skokami po każdym napadzie, albo wreszcie niknie nagle na wzór apopleksyi, czego bardzo pouczający podaje przypadek Fournier, gdzie chory w przeciągu jednéj nocy prawie zupełnie pamięć postradał. Prawie zawsze większemu bez porównania upośledzeniu ulega pa-

mięć rzeczy i zdarzeń świeższych, niż dawniejszych.

Obniżenie władz umysłowych z upośledzeniem logicznego związku objawia się brakiem tego naturalnego łańcucha, jaki łączy wszystkie myśli i czyny człowieka zdrowego. Ludzi takich, którym właśnie brakuje tego łącznika, nazywamy zazwyczaj i to trafnie narwanymi; owoż podobne narwanie pojawia się bardzo często obok osłabienia władz umysłowych w przebiegu kiły; ludzie tacy nie doprowadzają ani myśli ani czynów do końca, lecz przeskakują z jednego przedmiotu do drugiego i popełniają przeto mnóstwo niedorzeczności i kroków fałszywych trudnych nieraz do naprawienia.

Zazwyczaj nie mają świadomości swych słów i czynów; w niektórych razach w chwilach jaśniejszych uznają sami swe niedorzeczności, boleją nad niemi lub je wyśmiewają, lecz wkrótce zwracają znowu do nich.

Inne formy zboczeń umysłowych występują mniéj lub więcéj ostro a są niemi bredzenie, obłęd, szaleństwo.

Nader ważnem jest pytanie, po czém można rozpoznać naturę kiłową omówionych właśnie zboczeń umysłowych. Pod tym względem następujące okoliczności zasługują na uwagę:

1. Przed zboczeniami umysłowemi pojawiły się inne przypady mózgowe jak ból głowy, padaczka, porażenia, napad apoplektyczny w sposób już dawniej opisany.

2. Chory przebył poprzednio kiłę i ma może jeszcze w czasie zboczeń umysłowych ślady téj choroby mniéj lub więcéj wyraźne.

Co do pierwszego, jeżeli przed zboczeniami umysłowemi pojawiły się wspomnione przypady czynnościowe ze strony mózgu, jest rzeczą bardzo podobną do prawdy, że jedne i drugie też samę mają przyczynę.

Co do drugiego, dwojaki może zachodzić stósunek: albo chory przebył wprawdzie kiłę a nawet może jeszcze teraz okazywać jéj następstwa a mimo tego dane zboczenie umysłowe nie jest skutkiem kiły: po prostu kiła tylko przypadkowo zeszła się ze zboczeniem umysłowem albo kiła jest rzeczywiście powodem zboczenia, o którém mowa. Rozstrzygnienie tego pytania w wielu razach bardzo jest trudne; nawet w razie, gdy z momentów dziedzicznych trzebaby wywodzić dane zboczenie umysłowe, nie można mieć pewności, czy polega ono przecież na kile, tém więcéj, że, jakeśmy to już na początku niniejszéj pracy wspomnieli, usposobienie dziedziczne do chorób nerwowych a w szczególności mózgowych gra niewątpliwie znaczną rolę w etyjologii kiły układu nerwowego. Czekać, by w przebiegu wyjaśniła się etyjologija, żaden lekarz naukowy nie będzie, bo wie: że w kile układu nerwowego na wyjaśnienie czekać znaczy tyle, co czekać na zgubę chorego dopuszczając chorobę do rozwinięcia, którego potém nic już wstrzymać nie zdoła. Nie pozostaje zatém nic innego, jak wyjść z punktu praktycznego i zaordynować terapię energiczną przeciwkiłową, którą, jeżeli się ją rozsądnie przeprowadza, nigdy prawie rzeczywiście zaszkodzić nie można. Jeżeli pokaże się skutek, będzie prawie pewność, że mamy z cierpieniem kiłowém do czynienia; nie będzie nic, nie będzie w tym stopniu pewności, że dane cierpienie na kile nie polega.

3. Nakoniec szczególniejszą oczywiście trudność przedstawiają przypadki, w których kiła się objawia wyłącznie i jedynie zboczeniem umysłowém. Jeżeli mamy inne ślady kiły lub anamnezę wiarygodną co do przebytéj kiły, mamy do pewnego stopnia wskazówkę. Takie atoli przypadki są wyjątkowe. Najczęściéj nie mamy się czego trzymać a wtedy z trudności wybrnąć można do pewnego stopnia przez uwzględnienie wszelkich okoliczności, któreby z etyjologii wyłączyć można, bo po nich zostaje tylko kiła, która jest możebną przyczyną zboczenia umysłowego i przypuszczenie któréj daje nam rękojmię a przynajmniéj prawdopodobieństwo większego lub mniejszego skutku odpowiedniéj terapii.

Zboczenia umysłowe, o których mówiliśmy dotąd, albo ustępują całkowicie, co nawiasem mówiąc dzieje się bardzo rzadko, lub przynajmniéj w znacznéj części, albo prowadzą do gorszych następstw a temi są przy przebiegu powolnym niedołęztwo umysłowe, przy szybkim zaś w rzadkich przypadkach śmierć nagła jakby skutkiem apopleksyi lub łączenie się z innemi zboczeniami ze strony układu nerwowego, które prędzéj lub późniéj prowadzą do zakończenia śmiertelnego.

Czy kiła może prowadzić do niedołęztwa umysłowego z porażeniem w ten sposób, by była jego właściwą przyczyną? Ze stanowiska teoretycznego można na to pytanie odpowiedzieć twierdząco: jeżeli bowiem kiła zajmować może każdy odcinek układu nerwowego a nadto szczególniejsze okazuje upodobanie do powierzchni mózgu, niedołęztwo zaś umysłowe jest właśnie przypadem zmiany anatomicznéj w korze półkul mózgowych; nic przeto nie byłoby w tém nadzwyczajnego, że i niedołęztwo przerzeczone mogłoby być objawem kiły mózgowéj.

Ze stanowiska klinicznego już dawniéj uważano, że kiła jest przyczyną usposabiającą do niedołęztwa umysłowego z porażeniem, niektórzy uważali ją za nawet najczęstszą i bezpośrednią przyczynę a C o f f i n uznawał ją za przyczynę przerzeczonego zboczenia tam osobliwie, gdzie ono występuje wcześniéj niż zazwyczaj, między 25. a 35. rokiem życia.

Zajmując się bliżéj tą kwestyją przychodzi F o u r n i e r do wniosku, że stósunek kiły do niedołęztwa umysłowego z porażeniem jest trojaki: naprzód przypadkowy w ten oczywiście sposób, że niedołęztwo umysłowe z porażeniem trafia się także i u kiłowych, którzy oczywiście przez kiłę nie otrzymali listu żelaznego od przerzeczonéj choroby i to bywa ale rzadko; powtóre kiła jest przyczyną usposabiającą do niedołęztwa umysłowego z porażeniem raz przez swe dążności do wiadomych zmian anatomicznych, powtóre, ponieważ jako ciężka choroba prowadząca do ogólnego zakażenia usposabia do chorób nerwowych w ogólności a niedołęztwa z porażeniem w szczególności, nakoniec porażenie przerzeczone może być wprost skutkiem zakażenia kiłowego i zmiany następowéj w pewnych częściach mózgu. W pierwszych dwóch razach mamy do czynienia z niedołęztwem umysłowém u kiłowych, w ostatnim z niedołęztwem umysłowém jako przypadem kiły stojącym na równi z padaczką kiłową, porażeniem połowiczém kiłowém itd.

Jeżeli ten ostatni stósunek kiły do niedołęztwa z porażeniem jest rzeczywistym, trzebaby koniecznie wyszukać coś, coby niedołęztwo umysłowe zwyczajne odróżniało od niedołęztwa kiłowego. Według F o u r n i e r a ostatniemu nie towarzyszy mania wielkości, która tak zadowala chorych w zwyczajném niedołęztwie, a jeżeli pojawia się, występuje tylko przelotnie i zazwyczaj w niskim stopniu. W zwyczajném niedołęztwie umysłowém postrzegamy zawczasu drżenie mianowicie wargi górnéj, języka i odnóg szczególnie górnych; przeciwnie w niedołęztwie kiłowém drżenie to jest bardzo rzadkie, występuje tylko chwilowo i w niskim bar-

dzo stopniu. Z postrzeżeniem tém zgadzają się najzupełniéj postrzeżenia moje i Erlenmeyera, który w cennéj pracy o piśmie wywodzi ztąd nawet wniosek, że obok cech właściwych niedołęztwu umysłowemu tak zwyczajnemu jak i kiłowemu pismo u kiłowych nie jest drżące, odwrotnie zupełnie jak u zniedołężniałych umysłowo w sposób zwyczajny, i radzi téż używać pisma do rozpoznania rodzaju i przyczyny choroby, co oczywiście pod względem rokowania i leczenia nader wielkiéj jest wagi. Daléj w niedołęztwie umysłowém zwyczajném porażenia są właściwie tylko pozorne przynajmniéj do pewnego czasu, za czém przemawia nieraz trudność poskromienia wybryków u chorych tego rodzaju; są to raczéj braki koordynacyi i jéj następstwa, gdy przeciwnie w kile mamy porażenia prawdziwe z rzeczywistém upośledzeniem siły mięśniowéj. Daléj w kile porażenia te nader często są tylko częściowe nagabując w sposób szczególniejszy z powodów wiadomych mięśnie oczne zależne mianowicie od nerwu okoruchowego a może jeszcze więcéj mięsień zależny od nerwu odwodzącego. Bardzo częstém jest w niedołęztwie kiłowém porażenie połowicze, któremu towarzyszą wymienione już dawniéj inne zboczenia czynnościowe, jak napady epileptyczne, apoplektyczne, porażenie z początku przelotne, późniéj coraz stalsze a nakoniec zupełnie stanowcze. Tego wszystkiego niedołęztwie zwykłém nie bywa.

Nader wielka jest różnica w przebiegu klinicznym. Niedołęztwo umysłowe kiłowe rozpoczyna się od bólu głowy, bezsenności, do których przystępują późniéj napady apoplektyczne, epileptyczne, porażenia a późniéj dopiero zboczenia umysłowe. Tak bywa najczęściéj. Wprost przeciwnie w niedołęstwie zwyczajném: tam zboczenia umysłowe, w mowie i piśmie są pierwotnemi objawami choroby. Niedołęztwo umysłowe zwyczajne trwa zazwyczaj pewien tylko czas, zwykle 2 do 3 lat postępując w swych przypadach mniéj więcéj według pewnéj kolei, gdy w niedołęztwie umysłowém z kiły przebieg jest zupełnie nieregularny, w każdym prawie przypadku odmienny, przerywany zboczeniami innemi kiłowemi w układzie nerwowym i co do czasu nieokreślony.

W niedołęztwie umysłowém zwyczajném stan ogólny chorych długo nie przedstawia zwykle nic nieprawidłowego, nawet często jest wyborny tak, że chorzy wyglądają świetnie, tyją i odpowiedni temu mają apetyt. Wiadomo to profanom, że tycie jest złym znakiem prognostycznym w chorobach umysłowych. W niedołęztwie umysłowém z kiły bywa najczęściéj przeciwnie: chorzy okazują charłactwo do pewnego stopnia kile właściwe objawiające się zmienieniem barwy skóry na ziemistą, pewnym rodzajem niedokrewności i ogólném podupadnieniem odżywiania. Od tego atoli bywają wyjątki, jak tego nader wybitny niedawno postrzegałem przypadek.

Nakoniec ważna zachodzi różnica pod względem stósunku do terapii. Niedołęztwo umysłowe zwyczajne jest obecnie prawie całkiem dla terapii niedostępne. Trudném jest także wprawdzie i rzadkiém wyleczenie zupełne niedołęztwa umysłowego kiłowego, ale przecież terapija antysyfilityczna w znanych lubo rzadkich przypadkach doprowadziła do wyleczenia a w innych wstrzymała chorobę na stopniu, z którego już daléj nie postępowała, na stopniu względnego przynajmniéj wyleczenia i znośnego stanu.

Na czém polega ta różnica kliniczna między niedołęstwem zwyczajném a kiłowém, trudno w téj chwili orzec stanowczo; że ma atoli przyczynę materyjalną, wątpliwości żadnéj nie ulega. Tyle wiadomo z anatomii patologicznéj że w niedołęztwie umysłowém zwyczajném główna zmiana anatomiczna znajduje się w mózgu i to w substancyi szaréj półkul a to, co znajdujemy w oponach, jest zmianą podrzędną; w kile jest wprost przeciwnie: zmiana główna tkwi w oponach i dopiero z nich szerząc się na mózg wywołuje w nim zmiany anatomiczne następowe prowadząc do zrośnienia opon z mózgiem, o czém jużeśmy dawniéj wspomnieli.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O działaniu *Silphium cyrenaicum* w dymienicach ostrych.

Podał E. Klink,
ordynator szpitala św. Łazarza w Warszawie.
(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Spostrzeżenie IX. B. wyrobnik, lat 20 liczący, dobrze zbudowany i odżywiony, przybył do szpitala dnia 2 lipca. Przed 9 dniami chory zauważył w pachwinie lewéj guzik bolesny, który stopniowo się powiększał i z powodu swojéj bolesności nie dozwalał choremu zajmować się zwykłemi zajęciami.

Przy badaniu guz w pachwinie lewéj dochodził do wielkości orzecha włoskiego, przy czém oprócz zapalenia tkanki podskórnéj było i obrzmienie gruczołów limfatycznych. Przy nacisku dymienica miernie bolesna, chełbotanie nieznaczne ale bardzo wyraźne; skóra pokrywająca dymienicę nie zaczerwieniona, dosyć gruba.

Dnia 3 lipca dokonano po raz pierwszy pędzelkowania, *Silph. cyrenaicum*. Bolesności przy nacieraniu nie było żadnéj.

Dnia 4 lipca miejsca, gdzie dokonano pędzelkowania pokryte bardzo obfitą ilością drobnych pęcherzyków ropnych.

Dnia 6 lipca na skórze moszen powstał wyprysk (*eczema*). Dymienica nie zmieniła się.

Dnia 7 i 8 lipca bardzo wiele pęcherzyków ropnych popękało, wiele zaś poprzysychało. Dymienica dosyć znacznie się powiększyła tak, że dochodzi wielkości jaja kurzego, skóra ścieńczała. Bolesność przy pędzelkowaniu nieznaczna.

Dnia 9, 10 i 11 lipca miejsca, na których były poprzednio pęcherzyki, przedstawiają się jako okrągłe owrzodzenia, podobne do lepieży płaskich (*condylomata plana*). Podczas pędzelkowania sączy się z nich dosyć obficie płyn surowiczy, który z *Silph. cyren.* pieni się jak roztwór mydła.

Od dnia 12 do 16 stan się zmienił o tyle, że owrzodzenia okrągłe podobne do lepieży, granulują i zlewają się, przy czém dosyć obficie sączą z siebie wydzielinę surowiczo-ropną, szybko się rozkładającą. Ropienie w dymienicy nie powiększa się.

Od dnia 17 do 22 lipca rozrost przerosłych brodawkowatych tworów jest coraz znaczniejszy, tak że skóra przedstawia się podobną do skóry podległéj początkowemu okresowi słoniowacizny. Ropienie w dymienicy zmniejszyło się, lecz chełbotanie acz nieznaczne daje się wyczuwać.

Dnia 23 lipca zaprzestano pędzelkowania *Silph. cyren.*

W przypadku niniejszym ropienie w dymienicy przez 12 dni, licząc od pierwszego pędzelkowania, powiększało się, po 20 dniach aczkolwiek dosyć znacznie zmniejszyło się, ale nie dało się jednak usunąć całkowicie.

Spostrzeżenie X. M. służący, lat 20 liczący, dobrze zbudowany i odżywiony, przybył do szpitala dnia 3 lipca.

Chory opowiada, że przed 2ma przeszło tygodniami zaraził się, w 5 dni zaś potém począł rozwijać się guz w pachwinie lewéj.

Przy badaniu znaleziono: owrzodzenie szankrowe w rowku żołędziowym, w pachwinie lewéj dymienica wielkości jaja kurzego, bolesna, skóra na niéj mocno zaczerwieniona, cienka. Chełbotanie bardzo obszerne.

Dnia 4 lipca dokonano po raz pierwszy pędzelkowania, było ono dosyć bolesne.

Dnia 5 lipca w obwodzie dymienicy powstała dosyć znaczna ilość pęcherzyków ropnych, przy czém w skutek nieostrożnego zachowania się chorego płyn dostał się i na worek mosznowy, co w następstwie wywołało wyprysk (*eczema*) na worku jądrowym.

Od dnia 6 do 8 lipca dymienica powiększa się, naskórek zniszczony, ilość pęcherzyków ropnych na skórze otaczającéj powiększa się. Skóra ścieńczała. Dymienica przy ucisku bolesna.

Dnia 10 lipca dymienica powiększyła się do wielkości jaja gęsiego, skóra pokrywająca niezmiernie ścieńczała.

Dnia 11 lipca nad ranem dymienica pękła, poczém wylała się dosyć znaczna ilość ropy.

W przypadku niniejszym pędzlowanie trwające przez 7 dni nie tylko nie wpłynęło na zmniejszenie ropienia w dymienicy, ale owszem takowe ciągle się powiększało i sprowadziło pęknięcie dymienicy.

Ogólny wynik moich poszukiwań, aczkolwiek oparty tylko na 10 spostrzeżeniach, jest: że *Glyc. de Silph. cyren.* jest lekiem prawie bezskutecznym, bo nie wywierał swoistego działania, wessania ropy, owszem w niektórych przypadkach, pomimo stałego stósowania tego leku ropienie w dymienicy stale się powiększało, kończąc się dobrowolném jéj pęknięciem.

Nadto, przez dłuższe stósowanie *Glyc. de silph. cyren.*, wywołuje się tak znaczne zmiany w skórze, na któréj wykonywane jest pędzelkowanie, że i z tego względu co do mnie, nie mogę polecać tego leku dla sprowadzenia wessania ropiejącéj dymienicy.

Wyznaję otwarcie, że w pierwszéj chwili po przeczytaniu prac Glücka i Zarewicza, zrodziło się we mnie pewne powątpiewanie co do istnienia tak dzielnego leku. Znana jednak sumienność obu badaczy, i gruntowne dotychczasowe ich prace powątpiewanie moje usunęły.

Po przeprowadzeniu doświadczeń i otrzymaniu rezultatów wprost przeciwnych rezultatom wzmiankowanych badaczy, nasunęło się pytanie: jaki jest powód tak ogromnéj różnicy naszych rezultatów?

Wyznaję, że nie umiem wynaleść wytłumaczenia tego pytania.

Preparat był sprowadzony wprost od pp. Derode i Deffès, objawy przy jego stósowaniu wywołane na skórze były takie same, jakie opisują Glück i Zarewicz, chorzy użyci do doświadczeń prawie wszyscy byli dobrze zbudowani i odżywieni, i jak Dr. Zarewicz zaznacza, że właśnie u takich chorych i w przypadkach dymienicy ostréj, co i w naszych przypadkach miało miejsce, rezultaty zawsze bywają najpomyślniejsze; pomimo tego wszystkiego rezultat naszych spostrzeżeń jest wprost odmienny od rezultatów Glücka i Zarewicza.

Co się tyczy działania *Glycer. de Silphium cyrenaicum* na skórę, to oprócz objawów opisanych przez G. i Z., które i ja spostrzegałem, objawów podrażnienia skóry objawiającego się pod postacią wystąpienia znacznéj ilości drobnych pęcherzyków ropnych, widziałem przy dłuższém działaniu tego leku pewne objawy, o których wzmiankowani autorzy nie wspominają. Mam tu na myśli objawy znacznego granulowania drobnych owrzodzeń, które w dalszym ciągu sprowadzało bardzo znaczny przerost skóry, połączony z dosyć obfitém wydzielaniem płynu surowiczego i ropnego, szybko się rozkładającego. Najwybitniéj okazało się to w spostrzeżeniach 3, 8 i 9, gdzie przerost skóry był tak znaczny, że stan podobny zmusił do zaprzestania pędzelkowania. Dodać tu należy, że u mężczyzn stósowane *Glyc. de Silphium cyrenaicum* pomimo starannego oddzielania jąder, wywoływało obszerny wyprysk (*eczema*) bardzo dokuczliwy dla chorych, u kobiet obrzęk dosyć znaczny odpowiedniéj wargi sromnéj wielkiéj.

Dr. Zarewicz i Glück podają, że bolesność dymienicy przy pędzelkowaniu *Glyc. de Sylphium cyrenaicum* już po 2—3 dniach ustępowała. W moich spostrzeżeniach bolesność, mianowicie po dymienicach z obszerném ropieniem, niezmniejszała się prawie wcale aż do chwili dobrowolnego pęknięcia dymienicy, najwidoczniéj to pokazuje się w spostrzeżeniach 1, 3, 5 i 10.

Z. podaje, że wszystkie niepomyślne przypadki jakie miał, przytrafiły się u chorych wyniszczonych i z tego względu poleca stósować lek ten przedewszystkiém u ludzi dobrze odżywianych i przeciw dymienicom z przebiegiem ostrym. Wszyscy nasi chorzy właśnie wedle tych wskazówek zostali wybrani, a pomimo tego rezultat był niepomyślny.

G. i Z. podają, że mieli kilka dymienic z rozległém ropieniem, które kwalifikowały się do przecięcia, zastósowane jednakże *Glyc. de Sylph. cyrenaicum* sprowadziło wessanie dymienicy. W moich spostrzeżeniach 2, 5, 6 i 10, ropienie było rozległe i stósowane *Glyc. de Sylph. cyren.*, nie tylko nie sprowadziło zmniejszenia się dymienicy, ale przeciwnie ropienie w niéj powiększało się, przy czém nastąpiło dobrowolne pęknięcie dymienicy.

Nakoniec, gdy w przypadkach 2 i 9 po 18—20 dniach stósowania *Sylph. cyren.* nastąpiło zupełne wessanie bez śladu, w moich spostrzeżeniach 3, 8 i 9 po 20 przeszło dniach ropienie w dymienicy zmniejszyło się tylko.

Oto są uwagi, które nastręczyły mi się przy pisaniu niniejszéj pracy.

Może to zbyteczne, ale dodaję, że wszystkie doświadczenia dokonywane z *Glyc. de Sylph. cyren.* kontrolowali koledzy szpitala św. Łazarza.

III. Kazuistyka sądowolekarska.

Morderstwo rozbójnicze.

Napisał Dr. Maks. Karcz,

lekarz sądowy przy c. k. sądzie krajowym we Lwowie.

Rzadko kiedy napotyka lekarz sądowy trudności w oznaczeniu narzędzia, jakiém uszkodzenia zadane zostały. Najczęściéj sam uszkodzony daje pod tym względem wiarogodne wyjaśnienia, a lekarz sądowy porównawszy kształt ran z podaném narzędziem potwierdza zeznania te wprost lub też oświadcza, że narzędzie było przydatne do wywołania w mowie będącego uszkodzenia. Niekiedy tylko zdarza się, że lekarz sądowy w swém orzeczeniu pozostaje w sprzeczności z podaniem badanego, a względnie obwinio-

nego, atoli i wtedy zwykle nie zachodzi konieczność oznaczenia pewnego, szczególnego narzędzia, lecz może on się ograniczyć do oświadczenia, że w przypadku tym użyto tępego lub ostrego narzędzia. Zdarzają się jednak przypadki, szczególnie przy morderstwach, gdzie ściślejsze oznaczenie narzędzia i sposób użycia takowego wielkiéj dla sprawy może być doniosłości. Przypominam sobie, że w pewnym przypadku zachodziło pytanie, czy też nie dokonano morderstwa taką bronią ręczną, jaką żołnierze noszą, a to z téj przyczyny, że wówczas rozeszła się była pogłoska, iż morderstwa dopuścili się żołnierze. Wtedy atoli broń wojskową nie tylko można było stanowczo wykluczyć, ale nadto ścisłe badanie ran na głowie przemawiało za tém, że takowe powstały z uderzeń kielnią murarską, któráto okoliczność nie tylko uwolniła wojskowych od hańbiącego ich podejrzenia, lecz poszukiwania przedsięwzięte natychmiast pomiędzy robotnikami podówczas właśnie przy budowie dworca kolejowego zatrudnionymi, doprowadziły do wyśledzenia sprawcy morderstwa jeszcze podczas obdukcyi; znaleziono bowiem rzeczywiście pomiędzy narzędziami, w owym dniu świątecznym w pewném miejscu przechowanemi, kielnię murarską krwią cokolwiek zbroczoną, a właściciel jéj był właśnie mordercą.

Przypadek następujący może być zajmującym z różnych względów, a nadto wykaże, że orzeczenie nasze podało wskazówkę, która w połączeniu z innemi jeszcze okolicznościami przyczyniła się do wyśledzenia nader niebezpiecznych sprawców morderstwa rozbójniczego.

Dnia 22 lipca 187. r. urząd gminny w Jaśniskach, wsi o 2 mile ode Lwowa na uboczu położonéj, doniósł był do sądu karnego we Lwowie, że w sąsiednim o $1/2$ mili oddalonym przysiółku zwanym „Podturycze“ w zalesionéj debrze obok drogi, znaleziono zwłoki zamordowanego człowieka, które kilkucalową warstwą ziemi były pokryte; w zwłokach tych wieśniak R. M., poznał swego brata Jędrzeja, za którym od dwóch dni poszukiwania robił.

Komisyja sądowo-lekarska wydelegowana ze Lwowa, zjechała tamże 23 lipca i zastała ciało Jędrzeja M. jeszcze w tém samém miejscu, tj. w debrze o 50 kroków od drogi oddalonéj, z 10 kroków od brzegu na rodzaju szkarpu, z tą tylko różnicą, że były one już wolne od pokrywającéj je warstwy ziemi glinkowatéj i leżały na wznak, podczas gdy przedtém pod ziemią, obliczem do ziemi były obrócone. Ubranie składało się tylko z sieraczka, koszuli i płóciennych spodni. Z obdukcyi na miejscu przedsięwziętéj wyjmuję w streszczeniu ważniejsze ustępy.

1) Ciało mężczyzny przeszło 30 lat liczyć mogącego, silnie zbudowane; przyschła glinka tworzy na nim rodzaj skorupy. Po dokładném zmyciu ogólne pokrycie blade, małżowiny jednak sine; tężca pośmiertnego już nie ma. 2) Jako ślady uszkodzenia: *a*) Po środku szyi z przodu rana ostro cięta, poprzecznie przebiegająca, długości 8 cm., zupełnie symetrycznie ułożona, jak linija równa, o kątach i brzegach ostrych we środku na kilka cm. oddalonych, z którego to powodu widzieć można tylną nieprzeciętą ścianę krtani. *b*) Po dokładniejszém zmyciu przyschłéj glinki na szyi i twarzy, którą także i rana zanieczyszczoną była, spostrzegliśmy po lewéj stronie rany na 3 cm. poniżéj małżowiny 4 lekko sinawo zabarwione okrągławe miejsca, cokolwiek wgniecione, tu i owdzie z przyskórka obnażone, jedno powyżéj drugiego i nieco ukośnie ułożone, każde objętości bobu; zaś z prawéj strony szyi pod kątem szczęki dolnéj jedno podobnie zmienione miejsce, cokolwiek większe od tamtych; a daléj powyżéj górnego brzegu rany, poprzecznie ułożone ugniecione miejsce, połączone z małém starciem przyskórka, wreszcie pergaminowo żółte, przyschłe miejsce po lewéj stronie na bródce. W tych ostatnich dwóch miejscach nie było wybroczyny krwi w skórze; natomiast po bokach szyi pod wzmiankowanemi ugnieceniami nawet i głębsze części miękkie (mięśnie) były czarną krwią podbiegłe. Na krawędziach rany na szyi cieniutki ślad zaczerwienienia istoty skórnéj jakby nitka czerwona; zresztą zewnętrznie nie było innych śladów gwałtu lub oporu. 3) W jamie ustnéj trochę glinkowatéj ziemi, tętnice główne szyjne nienaruszone, schylacz prawy okazuje dwumilimetrowe zaledwie nadcięcie, chrząstki tarczykowe ostro przecięte, krtań otwarta, a z tylnéj ściany pozostała nieprzeciętą przestrzeń szerokości $1\frac{1}{2}$ cm. 4) Powłoki czaszkowe blade bez wybroczyn krwi, treść czaszkowa miernie w krew zaopatrzona, w zatokach nie ma skrzepów krwi. 5) Płuca oba wydęte, nabrzękłe, wypełniające jamę piersiową szczelnie, barwy ciemno-fijoletowéj, zalewają się na przekroju obficie ciemną płynną krwią i pianą, w komórkach sercowych i żyłach głównych czarna płynna krew, obficie bez skrzepów, żebra nieuszkodzone, narządy brzuszne przekrwione, żołądek próżny. Zresztą przy obdukcyi nic uwagi godnego nie znaleziono.

Namienić wypada, że w miejscu, gdzie zwłoki odkryto, glinka obok głowy była krwią przesiąknięta na przestrzeni 2ch pięści, od tego miejsca zaś ku brzegowi debry nie było można odkryć śladów krwi.

Na podstawie powyższego dochodzenia orzekliśmy co następuje:

1) Że Jędrzéj M. zmarł śmiercią gwałtowną w skutek uduszenia przez zadławienie, za czém przemawiają pozostałe ślady na szyi, które niewątpliwie ze silnego ugniecenia ręką a względnie palcami powstały, w połączeniu ze znaczném przekrwieniem płuc, przekrwieniem narządów brzusznych, obfitością krwi w komorach sercowych i żyłach głównych, przy braku wszelkich skrzepów.

2) Że rana krtaniowa zadaną została po dokonaném dławieniu, co z jednéj strony wypływa jasno ze zmian w pierwszym punkcie przytoczonych, z drugiéj strony z téj okoliczności, że linijowa równość i symetryczność téj rany mogła tylko wtedy powstać, jeżeli człowiek ten już był przez dławienie bezbronny i nieruchomy. Zdaje się, że po dokonaném uduszeniu, które miejsce miało gdzieindziéj (na gościńcu?) nie zaś w debrze, sprawca w chwili, gdy (już w debrze) ściągał z niego buty i pas dostrzegłszy możliwe słabe jeszcze drgania, dla większéj pewności uchwyciwszy go za szczękę dolną (zkąd mogło powstać wspomniane przyschłe otarcie na bródce) z wszelką swobodą przerżnął mu krtań, poczém z napełnionych przez poprzedzające dławienie żył szyjnych krew się wylała, którą w glince spostrzeżono. Rana ta nie była atoli sama śmiertelną, jakkolwiek niewątpliwie zadaną mu była w zamiarze pozbawienia go życia, być może w chwili, gdy iskierka życia jeszcze w nim istniała. Następnie przykryli sprawcy ciało warstwą gliny, obróciwszy je poprzednio obliczem na dół.

3) Że silnéj budowy ciała obdukowanego i braków wyraźnych śladów oporu dozwolony jest wniosek, że morderstwa dokonało kilku ludzi.

4) Symetryczność i równość rany na szyi wskazuje nadto, że sprawca nie uskutecznił jéj jedném pociągnięciem

noża, z jednéj strony ku drugiéj np. przypuściwszy, że stał ponad głową ofiary i używał prawéj ręki nie pociągnął nożem z lewéj ku prawéj stronie; takim bowiem sposobem nie tak łatwo powstałyby prosta i symetryczna rana; lecz że ułożywszy środek ostrza noża na środku szyi na krtani, pociągnął raz w lewo a potém w prawo, przezco najsnadniéj podobną ranę wywołać można. Ponieważ zaś ten sposób przerzynania używany jest u rzeźników, przeto obducenci przypuszczają, że jeden ze sprawców nieraz podobne rękoczyny przedsiębrał, a więc, że mógłby to być rzeźnik, który skaleczenie na szyi zadał.

Rezultat obdukcyi zakomunikowano obecnemu żandarmowi, który wnet zbrodniarza wytropił w osobie Feliksa M. czeladnika rzeźnickiego. Człowiek ten zrazu czynu się wypierał, ale wktótce przyznał się, potwierdzając w zupełności wszystkie szczegóły, zawarte w orzeczeniu w dzień przed tém przez nas wydaném. Opowiedział, że wraz ze swoim towarzyszem Józefem Z. dnia 19 lipca późnym wieczorem idąc ze Lwowa do karczmarza dla odebrania zapłaty za dostarczone mu przed kilkoma dniami skradzione konie, spotkali byli Jędrzeja M. do domu jadącego; że się na wóz wprosili, a potém siedząc na wozie postanowili zgładzić go, aby zabrać konie i wóz, że go w tym celu za gardło chwycił, potém z wozu spadli, chłop mu się wydarł, jednak dognany i na ziemię powalony silną dłonią napowrót za szyję chwycony duszony dopóty był przez niego, dopóki ducha nie wyzionął. Opowiedział daléj, że podczas, gdy on ofiarę dusił, pomocnik trzymał ręce i do ust błoto mu pakował. Martwego (?) zabrali na wóz, podwieźli pod debrę, aby go zakopać; tu przy ściąganiu butów zdawało im się, że chłop żyje jeszcze, dla pewności więc poderżnął mu Feliks M. „gardło“ podniósłszy brodę do góry, następnie ziemią go przysypali.

Widoczne zatém, jak drobna na pozór okoliczność, w tym przypadku przypuszczenie, że skaleczenie na szyi zręczną rękę wskazuje, a ztąd wniosek, że sprawcą mógłby być rzeźnik, posłużył do szybkiego wyśledzenia sprawców. Feliks M. przy rozprawie skazany został na śmierć, a w drodze łaski na dożywotne ciężkie więzienie zasądzony, powiernik jego zmarł podczas śledztwa w więzieniu.

IV. Oceny i sprawozdania.

Kiła a małżeństwo przez profesora Fourniera.

Zdarza się często, że chory syfilityczny radzi się lekarza, czy może wejść w związki małżeńskie; często wypada leczyć ojca rodziny dotkniętego kiłą i wówczas nieraz stary praktyk będzie w położeniu kłopotliwém, a cóż dopiero mówić o lekarzu początkującym. Tu bowiem ma się nie tylko chorego przed sobą, tu nie tylko chodzi o to, aby złe usunąć, ale trzeba uwzględnić stósunki chorego w obec rodziny, w obec społeczeństwa. Rzecz tę rozwijał Fournier w szeregu wykładów. Przedmiot swój podzielił na dwie części: jak ma się zachować lekarz w obec chorego syfilitycznego, który chce wejść w związki małżeńskie, a jak w obec chorego, który już założył swoje ognisko. Przed przystąpieniem do rzeczy zastanawia się nad tém, czy taki chory w ogóle jest zdolnym do wejścia w związki małżeńskie? Wielu na to pytanie odpowiada przecząco i wszystkich syfilitycznych skazuje na dozgonny celibat. Zdanie to jest niesłuszne, bo kiła z małemi wyjątkami stanowi tylko chorobę przemijającą i nie pozbawia chorego na zawsze możności, aby był dobrym mężem i ojcem. Na poparcie tego przytacza autor 87 przypadków z własnéj praktyki, które miał w długoletniéj opiece i starannie badał. Chorzy ci weszli w związki małżeńskie i mieli dzieci zdrowe (razem 156), z których niektóre obecnie już po kilkanaście lat mają. W 35 przypadkach ojciec następowo dostał recydywy, ale bez szkody dla rodziny i dla potomstwa przyszłego. Liczby te dowodzą jasno, że można się żenić przebywszy kiłę, ale to zależy od pewnych warunków. Chory bowiem, któryby się nierozważnie ożenił, jest niebezpiecznym dla żony, dla dzieci, i dobra rodziny.

Dla żony mąż syfilityczny może być niebezpiecznym w dwojaki sposób. Jużto może ją zarazić w sposób pospolity przez dotknięcie mając choćby nieznaczne zdarcie przyskórka na prąciu, albo rozpadlinę na wardze lub wrzodzik w jamie ust itd. Żona dostaje wrzodu pierwotnego na częściach płciowych lub na wardze itd. Ten sposób udzielenia choroby jest jasny i nie wymaga tłumaczenia. Ale mąż może zarazić swą połowicę przez zapłodnienie (*par conception*). Kobieta, nie mająca nigdy szankra i przypadów towarzyszących, dostaje objawów kiły wtórorzędnéj. Przypadki te możnaby zaliczyć do pomyłek, gdyby się nie pojawiały tak często. W jaki sposób więc udziela się choroba? Niezaraźliwość nasienia mężczyzn syfilitycznych dostatecznie udowodnił Mireur przez szczepienie. Oto kobieta zastąpiła i zaraziła się od płodu. Jest to przypadek odpowiedni temu, gdzie chora udzieliła kiłę płodowi pochodzącemu od ojca zdrowego. Płód taki bywa poronionym albo przychodzi na świat nieżywy lub z wszelkiemi cechami kiły dziedzicznéj.

W jaki sposób następuje zarażenie się od płodu, czy przez zetknięcie się z jajem zapłodnionem, czy przez obieg krwi, czy w jaki inny sposób, trudno jak na teraz rozstrzygnąć.

Ze dzieci dziedziczą kiłę ojca, było do niedawna rzeczą ogólnie przyjętą. Dopiero w najnowszych czasach chciano szkodliwy wpływ ojca na dzieci wykluczyć (Cullier, Notta, Charrier i inni). Bez wątpienia zdarza się, iż chory ojciec nie zaraziwszy żony ma dzieci zdrowe; jasno dowodzący przykład przytacza np. Mireur. Chory syfilityczny ożenił się i niezaraziwszy żony stał się ojcem dziecka zdrowego. Dziecię nie okazywało śladu kiły dziedzicznéj, czego najlepszym dowodem, że w drugim roku życia zaraziło się od własnego ojca, który miał kłykciny w ustach i pocałunkiem zaszczepił dziecku wrzód twardy na wardze. (Zacięty przeciwnik żądałby w tych przypadkach dowodu ojcowstwa, ale tak daleko nie podobna posuwać się). Piękny przypadek przytacza również Raynaud. Lekkomyślny mąż nabawił się kiły. Wymyślał rozmaite genijalne powody dla uniknięcia styczności z żoną, ale po trzech miesiącach nadeszła noc zapomnienia. Z rana przybiegł do Raynauda, który u zatrwożonego męża skonstatował kłykciny w ustach. Co do joty w dziewięć miesięcy późniéj żona powiła dziecię zdrowe, które obecnie liczy lat dziesięć i nie okazuje śladów kiły. Liczne przykłady tego rodzaju przemawiają za tém, że mąż syfilityczny nie zaraziwszy żony może mieć dzieci zdrowe. Ricord, Trousseau, Diday, Hutchinson, Cazenave, Baerensprung i inni przytaczają liczne przypadki, gdzie dzieci dziedziczą kiłę ojca mimo że matka zdrowa. Zresztą wpływ szkodliwy ojca objawia się również ronieniem, przyjściem na świat dzieci nieżywych lub cherlaków. Podobne przypadki są

dość częste, że kobieta zdrowa nie popełniwszy żadnego błędu roni, bo mąż syfilityczny i wówczas podawszy ojca leczeniu przeciwkiłowemu można otrzymać dzieci zdrowe.

Zdarza się również, że dziecię na pozór całkiem zdrowe w kilka dni lub tygodni umiera nagle bez wiadoméj przyczyny, ojciec ma kiłę. Voillemier zbijając zapatrywania Culleriera, że ojciec syfilityczny nie ma żadnego szkodliwego wpływu na dzieci, mówi dowcipnie: „że wówczas syfilitycznemu brakowałoby tylko sposobności, aby stał się ojcem i każdy byłby tylko dzieckiem swéj matki". Lecz syfilityczny jest i pośrednio niebezpiecznym dla dzieci, przez możebność zarażenia żony. W tym przypadku, gdy mąż i żona mają kiłę z małemi wyjątkami choroba oszczędza dzieci. Obraz takiego kółka rodzinnego jest rzeczywiście okropny. Trudno ocenić, o ile szkodliwy wpływ na dzieci należy przypisać matce a o ile ojcu.

Jednak to jest rzeczą pewną, że matka zdrowa rodzi dzieci zdrowe, mimo, że ojciec ma kiłę, zaś matka chora w nader rzadkich przypadkach rodzi dzieci zdrowe, choćby mąż był zdrów, chyba że czas i leczenie odpowiednie przytłumiły chorobę. Na 85 przypadków z praktyki prywatnéj Fourniera, gdzie matka była syfilityczną było 58 poronień, porodów dzieci nieżywych lub takich, co wkrótce umarły. Na 167 podobnych przypadków z praktyki szpitalnéj, gdzie na niekorzystny koniec ciąży zapewne i inne okoliczności wpłynęły, było 145 przypadków niepomyślnych. Inni autorowie podobne podają wyniki.

Omówiwszy niebezpieczeństwo, na jakie chory naraża żonę i dzieci, przechodzi autor do punktu trzeciego, który ściśle rzecz biorąc lekarza nie obchodzi. Omawia niekorzyści materyjalne i moralne, na jakie chory rodzinę naraża. Jednakże lekarz sumienny i to będzie miał na myśli, jeżeli przed nim stanie aspirant do małżeństwa i przyszłość swą zawisłą uczyni od jego orzeczenia. Są to szczytne chwile w życiu lekarza, gdzie się staje sędzią, względnie kapłanem a nawet prorokiem. Jest to odpowiedzialność wielka. Pomyłka ze strony lekarza jest płodną w złe skutki. Najłatwiéj byłoby zabronić żenienia każdemu syfilitycznemu, ale ile te razy zatrułby taki wyrok niesłusznie przyszłość młodego człowieka a może i narzeczonéj jego? Z drugiéj strony dając pozwolenie swe nierozważnie lekarz na straszne następstwa narazi rodzinę, która zapewne i jemu nie oszczędzi wyrzutów. Fournier przeto słusznie radzi być bardzo ostrożnym, tém bardziéj, że nieraz chory wszelkiemi sposobami wyłudzić się stara pozwolenie i nierzadko bez pozwolenia się żeni.

Chory musi odpowiadać pięciu warunkom zanim wejść może w związki małżeńskie.

Warunkiem pierwszym jest **brak wszelkich przypadów kiły**. Najnieznaczniejszy przypad jest dowodem, że choroba jeszcze nie wygasła i tacy chorzy są niebezpiecznymi dla żon i dzieci. (Zaledwie dwadzieścia lat temu Ricord sądził, że przypady kiły drugorzędnéj nie są zaraźliwe. *Przyp. spr.*). Tu autor przytacza nieszczęśliwe przypadki, gdzie chorzy nawet mimo zakazu lekarza się ożenili i wnieśli kiłę w rodzinę. Daléj przytacza przyczyny, jakie ich do tego kroku skłaniać mogły, i nazywa ich cynikami i niegodziwcami (*ce sont les cyniques*, *les infames*).

Drugim warunkiem jest **pewien czas, który upłynął od zarażenia się**. We wcześniejszych okresach kiła często pojawia się na prąciu i na błonach śluzowych, z których to miejsc najczęściéj się udziela, choćby to były wrzodziki jak najdrobniejsze. Doświadczenie poucza, że najczęściéj mężowie zarazili żony, którzy się ożenili w kilka miesięcy, we dwa lub trzy lata po wystąpieniu wrzodu. W późniejszych okresach zdarzało się to coraz rzadziéj. Również i dzieci dziedziczą kiłę ojca we wcześniejszych okresach i tak dziedzictwa ojcowskiego nie zauważył autor po upływie czterech lat. Zdarza się i to, że tam, gdzie chory zawcześnie się ożenił, żona roni, późniéj rodzi dzieci nieżywe, daléj żywe ale syfilityczne, nareszcie zdrowe, co najlepszym jest dowodem, że z czasem choroba staje sią coraz mniéj niebezpieczną. Jako taki czas uważa Fournier mniéj więcéj trzy do czterech lat, rozumie się, jeżeli inne warunki na to zezwalają. Jednakże dla większego bezpieczeństwa radzi czekać dłużéj. Przed 3 laty nigdy żenić się nie pozwala.

Trzecim warunkiem jest **odpowiedni przeciąg czasu, który upłynął od ostatniego nawrotu choroby bez żadnego leczenia**. Jeżeli już pewien czas upłynął od ostatniego przypadu **bez leczenia**, wówczas spodziewać się należy, że choroba już straciła swój groźny charakter a może już wygasła zupełnie. Rzadko bowiem tylko po dłuższéj przerwie ponawia się kiła z charakterem groźnym; lecz póki istnieją choćby słabe nawroty choroby, nie można choremu dać pozwolenia. Jako taki średni czas przyjmuje autor 18 miesięcy do 2 lat. Czas ten jednak upłynąć musi bez żadnego leczenia, bo znane są przypadki kiły, gdzie przypady łatwo ustępowały leczeniu, lecz w których choroba się ponawia, gdy tylko lek usuwamy.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości pomniejsze.

A. **Foster: Złamanie kości udowéj bez urazu zewnętrznego.** F. wezwany do mężczyzny wieku średniego dobrze zbudowanego, stwierdził złamanie poprzeczne kości udowéj lewéj w środkowéj trzeciéj części. Jak zwykle w takich przypadkach, tak téż i tu rażący bezkształt uda umożliwił rozpoznanie od razu. Dowiedział on się także, że pacyjent poprzednio ani nie upadł, ani téż w inny sposób nie doznał żadnego z zewnątrz wprost na udo działającego gwałtu, lecz że przechadzając się przez pokój potknął się był przypadkowo, i że przy usiłowaniu utrzymania równowagi li akcyja mięśni wywołała przełamanie się kości na dwoje. Przypadek ten o tyle przynajmniéj jest ciekawym, ile wbrew zdaniu Debeaumarchefa, Cureta i Leveillégo, którzy analogiczne prawie przytaczali przypadki, powaga taka jak Richerend w najnowszém wydaniu swéj patologii chirurgicznéj twierdzi, iż kość długa, jeśli zdrowa, nigdy w ten sposób złamać się sie może, podczas gdy F. w mowie będącym przypadku nie miał żadnych danych, któreby przemawiały za chorobową zmianą układu kostnego. (*The Lancet*). *Dr. Karcz*.

(T. W.) Fournier (*Annales de dermat. et de syphil. Paris 1880, 2 série*) obserwował w przebiegu kiły wczesnéj wtórorzędnéj w 12tu przypadkach napady kurczów, które miały zupełne podobieństwo do zwykłego napadu padaczkowego, pojawiały się równocześnie z wystąpieniem kiły wczesnéj na skórze i błonach śluzowych i przy odpowiedniém leczeniu ustępowały wraz z innemi objawami kiły. Kurcze te należy odróżnić od napadów padaczki skutkiem kiły późnéj t. zw. trzeciorzędnéj powstających i zwykle z cięższemi zmianami mózgu połączonych. Przytoczone trzy historyje chorób dokładniéj rzecz przedstawiają.

(T. W.) Nowy sposób leczenia cholery dziecięcéj podaje Dr. Böing (*Allgem. mediz. Centralzeitung* 26/6 1880) stwier-

dziwszy jego skuteczność podczas epidemii nad Renem w lecie r. 1870 u 50ciu chorych w wieku od 2 miesięcy do 4 lat, między którymi były i bardzo ciężkie przypadki a wszystkie ozdrowiały szybko i łatwo. Sposób ten polega na podawaniu chorym dosyć znacznych dawek chininu, tudzież wina lub eteru i ograniczeniu pożywienia do mleka rozcieńczonego równą ilością wody przegotowanéj. Dzieciom najmłodszym podawał B. chinin co godzinę w dawkach na dobę razem 1 grm. wynoszących, dzieciom od 5—10 miesięcy 1·20—1·50 chininu a starszym od 10 miesięcy począwszy do 4 lat 1·50—2·00 na dobę i to najczęściéj w mięszance *cum mucilag. gum. arab., syrup. chamomil. et aq. destil pp. aequal.* a tylko w razie kwaśnego oddziaływania wymiocin i stolców dodawał do téj mięszanki także nieco *Conch. praepar.* lub *Calc. phosphoric.* Wino podawano z wodą co kwadrans lub co pół godziny po łyżeczce lub łyżce stołowéj stósownie do wieku i natężenia choroby; tak np. dziewczynka 3-letnia prawie umierająca wyżyła w 15tu godzinach pół litra wina tokajskiego i ozdrowiała; u biednych musiano wino zastąpić eterem zwykle octowym, który dodawano do mięszanki chininowéj w ilości 5 grm. na dobę. Mleko powinno być zawsze świeże i świeżo przed użyciem przegotowane, w braku dobrego mleka podawać można dzieciom białko z jaja kurzego w kleiku gumowym: *Rp. alb. ovi unius, Aq. dest. 170.00 Mucilag. gum. arab. 30.00 MS.* Co pół godziny po kilka łyżeczek po ogrzaniu podawać. Przez cały czas trwania epidemii nie używał B. żadnych innych leków i nie miał przypadku, w którymby przy tym sposobie leczenia nie ustały rychło wymioty a następnie biegunka.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 2 czerwca 1880, w sali wykładowéj kliniki lekarskiéj.
Przewodniczący kol. Grabowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36.)

2) Kol. Poniklo przedstawia wyniki zastósowania dwóch leków i czyni przy tém następujące uwagi:

W klinice lekarskiéj zwykło się w miarę wydarzających się odpowiednich przypadków chorobowych doświadczać między innemi środków leczniczych tak zwanych „nowych“ dotąd nieużywanych, aby się rychło pouczyć o prawdopodobnéj skuteczności tychże. Liczba przypadków względnie szczupła obok mnogości leków tego rodzaju ztąd lub owąd zalecanych przeciw różnym cierpieniom nie dozwala w każdym przypadku ścisłego i umiejętnego zbadania wszechstronnego środków leczniczych, którego wyniki nadawałyby się do ogłoszenia w pismach lekarskich. Często jednak już kilkorazowe zastósowanie może podać niejakie wskazówki co do wartości środków leczniczych nowych i bądź zachęcić do dalszych doświadczeń, bądź też podać w wątpliwość wiarogodność podań odnośnych i odwieść od dalszych prób. Sądzę zatém, iż nie będzie od rzeczy takie, chociażby na jednym tylko lub kilku przypadkach stwierdzone, wyniki zastósowania leczniczego poszczególnych dotąd nieużywanych środków w formie niemieckich *„vorläufige Mittheilungen“* podawać od czasu do czasu do wiadomości szanownych Kolegów na posiedzeniach Towarzystwa. Dzisiaj ograniczę się do podania krótkiéj uwagi o działaniu morszczynu pęcherzykowego (*fucus vesiculosus*), zalecanego w przypadkach nadmiernéj tuszy (*obesitas, adiposis universalis*) i o działaniu większych dawek wyciągu eterycznego kłębu paproci pospolitéj (*extractum filicis maris aethereum*) przeciw tasiemcowi.

a) Morszczyn pęcherzykowy (*fucus vesiculosus*) jest to ziele morskie należące do rzędu wodorostów, bardzo pospolite u brzegów Francyi i Szkocyi, gdzie bywa używane do wyrabiania „kelpu.“ Zawiera dość znaczne ilości jodu przeważnie wedle Gaultier de Claubry w postaci jodku potasu. Środek ten był od dawna znany i używany w medycynie. Plinijusz opisuje takowy pod nazwą *„Quercus marina,“* i twierdzi, że jest „skuteczny na bóle stawów i członków.“ W ośmnastym wieku był często używany przez lekarzy francuskich (Aunel, Baster) w zołzach, nieżytach oskrzelowych, obrzmieniach gruczołów chłonnych a nawet przeciw nowotworom rakowym. Węgla tegoż ziela, zwanego *„Aethiops vegetabilis“* również używano w tych celach. Polecano takowy nadto w przypadkach rozmaitych chorób skórnych, tudzież przeciw napadom astmatycznym. Po wykryciu jodu przez Courtoisa w roku 1811 poszedł środek w mowie będący w zapomnienie. Dopiero w roku 1862 używał takowego lekarz francuski Duchesne-Dupare w celach doświadczalnych w łuszczycy i przy téj sposobności przekonał się, że posiada „szczególną własność podniecania wessania tłuszczu nadmiernie rozwiniętego.“

W ostatnich czasach był morszczyn pęcherzykowy używany przez lekarzy francuskich w przypadkach nadmiernéj tuszy i za nader skuteczny uznany. Podawano takowy bądź w formie naparu z 20.00 do 30.00 na 400.0 wody, bądź w postaci pigułek z wyciągu wyskokowego lub wodnego. Dawka naparu wynosiła od 2—5 łyżek 3—4 razy dziennie. Pigułki zawierające po 20 cgrm. wyciągu wyskokowego polecano w ilości od 3ch do 20tu dziennie. Dawka wyciągu wodnego wynosiła 4·00 2—3ch razy dziennie. W przypadkach pomyślnych zauważano pod wpływem używania tego środka zmniejszanie się ciężaru ciała od 2—3 kilogr. tygodniowo. Jedném z pierwszych następstw miało być pomnożenie ilości moczu, który był barwy jasnéj i niskiego ciężaru gatunkowego. Nadto następowała podnietą do częstszego oddawania stolców wolnych. Z doświadczeń tych lekarzy francuskich mało możemy wnosić o sposobie działania tego leku. Dopiero po zbadaniu tak ścisłém i dokładném, jakiemu poddano w ostatnich latach np. pilokarpin, gelsemin, duboisin, tak pod względem fizyjologicznym jak i terapeutycznym, moglibyśmy sobie wyrobić zdanie o rzeczywistéj wartości w mowie będącego leku. Do kliniki lekarskiéj przyjęto umyślnie w celu czynienia doświadczeń z morszczynem w dniu 19 stycznia br. pacyjentkę lat 53 liczącą, przedstawiającą wybitny obraz nadmiernéj tuszy. Badanie wykazało wysoki stopień rozrostu tkanki tłuszczowéj dość jednostajnie rozłożonéj obok objawów miernego stopnia rozedmy płucnéj powikłanéj z przewlekłym nieżytem oskrzelowym i z napadami duszności miernego nasilenia. W moczu ślad białka stale utrzymujący się. Ciężar ciała wynosił w dniu przyjęcia 118 kilogr. Ciepłota prawidłowa. Tętno 80. Ilość moczu dzienna 800 do 1200 cm. sześć. Podawano choréj napar morszczynu w formie: *Infus. herbae fuci vesicul. e 10·00* potem *20.00 ad 250.00* codziennie przez 3 tygodnie z rzędu obok dyjety zwykłéj. Środek ten jednak, na który chora z powodu przykrego i mdłego smaku wielce się skarżyła, nie wywarł żadnego wpływu na obniżenie ciężaru ciała. Tenże wynosił po 3ch tygodniach prawie zupełnie tyle, ile przed podawaniem leku. Nadto stósowano raz w praktyce prywatnéj u pacyjentki wieku średniego z nadmierną tuszą środek ten, nie widziano jednak również żadnych korzystnych skutków. Chociaż z dwu tych przypadków nie wolno wyciągać wniosków o rzeczywistéj wartości morszczynu, to przecież w każdym razie za lek swoisty w odnośném cierpieniu uważać takowego nie możemy.

b) Co do działania wyciągu eterycznego kłębu paproci pospolitéj (*extractum filicis maris aether.*) obawiano się podawać dawniéj większe dawki tego środka przeciw tasiemcowi. I tak Schroff podaje 1 skrupuł (1·50 grm) jako dawkę dostateczną dla dorosłego. Fleming polecał dawkę 4 gramową. Powszechnie wiadomo, że środek ten podawany w dawkach wyżéj wzmiankowanych często zawodził; niektórzy nawet jak Bremser przypisywali paproci pospolitéj własności czerwiogubne swoiste jedynie w przypadkach bruzdogłowca szerokiego (*botriocephalus latus*), uważając działanie téjże przeciw tasiemcom innym za wątpliwe i niepewne. W ostatnich czasach polecono podawać znacznie większe bo do 10·00 grm. wynoszące dawki wyciągu eterycznego przeciw tasiemcowi. I tak Stein (sprawozd. w Dwutygodniku med. publ. 1880, str. 23) poleca podawać dawkę 8 gramową naraz z dodatkiem kalomelu, Haenike dawkę 10 gramową, Roth (p. Przegląd Lek. 1880, str. 23) każe zażyć 10·00 wyciągu eterycznego naczczo, zaraz potém 2 łyżki olejku rącznikowego a w razie potrzeby jeszcze jednę łyżkę soli gorz-

kiéj uważając takie leczenie za najskuteczniejsze przeciw tasiemcowi. Otóż chcąc stwierdzić nieszkodliwość i skuteczność większych dawek wyciągu eterycznego podano w klinice lek. pacyjentce lat 29 liczącéj naraz 10·00, po uprzedniém wypróżnieniu przewodu pokarmowego za pomocą olejku rącznikowego w formie: *Extr. filic. maris aether. 10·00 Aquae melissae 50·00 Syr. cort. aur. 10·00 DS.* naraz wyżyć, poczém nastąpiło w kilku godzinach 6 stolców bardzo wolnych, w których odszukano całego tasiemca z głową; lekkie morzysko, które wystąpiło nie sprawiało choréj większych dolegliwości, niż to bywa przy innych środkach przeciwczerwiowych. Taki sam skutek pomyślny uzyskano u chłopca lat 7 liczącego, któremu podano naraz 6·00 wyciągu eterycznego. Nadto zniosła rekonwalescentka po ostréj chorobie Brighta dwukrotnie dawkę 10·00 gramów bez szwanku i bez żadnych przykrych objawów ubocznych. Kilka tych spostrzeżeń zachęca do podawania większych, do 10·00 wynoszących dawek tego środka bez obawy.

3) Kol. Domański zdaje sprawę z rokowań z Zarządem Tow. lek. galic. *Dr. Wasylewski.*

VI. Czwarty Wiec delegatów austryjackich Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie **Dra Józefa Merunowicza,**
delegata Rady zawiad. Towarzystwa lekarzy galicyjskich.
(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

IV. Daléj zdawał sprawę Wydział Związku ze swych starań o zawiązanie kasy pensyjnéj dla lekarzy. Projekt statutu téj kasy wraz z tablicami obrachunkowemi został przedłożony Ministerstwu do zatwierdzenia, lecz takowe zażądało równie jak od innych Towarzystw finansowych wykazania kapitału zakładowego (*Gründungsfond*), a po drugie wyjaśnienia, na jakiéj podstawie tablice owe obliczone zostały. Zaraz bowiem na pierwszy rzut oka wydają się one zbyt optymistycznie ułożone, i tak miałby np. 30 letni członek téj kasy po zapłaceniu jednorazowém kwoty 248 zł. w. a. lub 25ciu rat rocznych po 18 złr. 77 ct. po 25ciu latach prawo do pobierania rocznéj dożywotnéj pensyi stu złr. i w tym stósunku daléj: nadto zaś w razie wcześniejszéj niezdolności do zarobkowania uzyskuje już po pięcioletniém należeniu do téj kasy 40% powyższéj pensyi, a za każdy następny rok o 3% więcéj. Czy projekt ten okaże się praktycznym, a szczególniéj czy koszta administracyjne nie pochłoną znacznéj części dochodu, to musi wykazać dokładniejsze obliczenie, jakie ze strony Ministerstwa zażądaném zostało. Mojém zdaniem, zawsze pewniejszém jest dla lekarzy ubezpieczenie się w Towarz. assekuracyjném na wzajemności opartém na pewien kapitał po osiągnięciu naprzód oznaczonego wieku, w którém zapewne już zdolność do zarobkowania będzie zmniejszoną.

V. Ustawę Związku zmieniono w ten sposób, iż uchwalono, by każde Towarzystwo lek., dopóki do Związku należy, obowiązaném było poddać się prawomocnym uchwałom Wiecu i według możności je popierać; daléj by wnioski przeznaczone na porządek dzienny Wiecu co najmniéj na 6 tygodni Towarzystwom przesłane były, na odwrót, by w takim samym czasie wszelkie wnioski Towawarzystw do Wydziału Związku przesyłano; w końcu by obok zamiejscowych członków szerszego Wydziału Związku wybierano także zastępców.

VI. Uchwalono także, by Wydział Związku poczynił odpowiednie przygotowania i kroki, by uchwalone na ostatnim kongresie statystycznym wzory wykazów chorobliwości i śmiertelności w celach statystycznych przeprowadzone zostały.

VII. Towarzystwa lekarskie mają udać się z prośbą do Sejmów krajowych, by chirurdzy jako tacy (nie tylko jako opodatkowani obywatele) mieli prawo czynnego i biernego wyboru do ciał i władz autonomicznych.

VIII. W sprawie tak zw. leków uniwersalnych i tajnych uchwalono: by Wydział Związku w odpowiedni sposób zwrócił uwagę Rządu na konieczną potrzebę przeprowadzenia istniejącego zakazu sprzedaży leków uniwersalnych, oraz na tę okoliczność, iż obecnie istniejący zakaz nawet dokładnie przeprowadzony nie może być dość skutecznym, okazuje się bowiem potrzeba zarządzenia, by rzeczywisty skład leku umieszczony był na etykiecie jego, daléj ścisłego określenia wyrazu „lek tajny“ i zakazu sprzedaży tychże nawet jako środków dyjetetycznych lub kosmetycznych, wreszcie zakazu ogłaszania o lekach tajnych i uniwersalnych.

IX. Poruszono także sprawę aptekarską i uchwalono: upraszać Rząd o rychłe wydanie nowych przepisów, zaprosić Towarzystwa lekarskie do wykazania wszelkich wad w tym kierunku i udzielenia ich Wydziałowi wykonawczemu Związku do zużytkowania przy powyższéj petycyi do Rządu; daléj uchwalono na wniosek Towarzystwa lekarzy styryjskich podnieść w téj prośbie, by u kupców i kramarzy często i ściśle poszukiwano, czy nie trudnią się sprzedażą leków, a natomiast, by wzbronić sprzedaży sporządzonych już leków bez ordynacyi lekarza a szczególnie wydawania bez przepisu leków odurzających, mianowicie morfinu.

X. Jako najskuteczniejszy środek przeciw partactwu lekarskiemu uznano: ogólne rozszerzenie wiadomości przyrodniczych i higijenicznych oraz dostateczną liczbę teoretycznie i praktycznie wykształconych lekarzy, tak by wszystkim pomoc lekarska była przystępną. Niemniéj silnym środkiem wspierającym zwalczenie partactwa jest ścisła organizacyja lekarzy podnosząca ich znaczenie tak w obec Rządu, jak i publiczności przez zachowywanie koleżeństwa i przestrzeganie czci zawodu. Należy także starać się o odpowiednią zmianę § 454 ust. kar., by zapewnić skuteczniejszą obronę ludności wiejskiéj przeciw nadużyciom partaczy. Zanim to nastąpi, powinny Towarzystwa lekarskie jako takie, nie pojedynczy członek, w każdym takim razie sądownie występować przeciw partaczom, gdy tylko jakiekolwiek widoki pomyślnego wyniku istnieją. Wydział wykonawczy otrzymał polecenie poddać tę sprawę pod rozwagę Towarzystwom, a wynik téj dyskusyi przedłożyć na przyszłym Wiecu.

Po dokonanym wyborze do Wydziału Związku został porządek dzienny Wiecu wyczerpanym. Prace tegorocznego Wiecu mają cechę więcej przygotowawczą, dalsze przeprowadzenie tych uchwał zależeć będzie od udziału, jaki wezmą Towarzystwa lekarskie w dyskusyi nad temi tak piekącemi sprawami zawodu lekarskiego.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w ciągu drugiéj połowy miesiąca sierpnia 1880.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało 15 sierpnia	przybyło w ciągu 14 dni	z tych: wyzdrowiało	umarło	pozostało w leczeniu: chorych	w gminach
Ospa	9	14311	37	38	46	10	19	6
Odra	14	18793	308	246	389	45	120	9
Płonica	20	23765	124	291	176	64	175	13
Błonica	16	21305	41	208	97	105	47	12
Dur brzusz.	8	9283	6	50	22	3	31	7
Dur osutkow.	3	3080	35	17	37	2	13	2
Krztusiec	18	22089	314	358	205	23	379	17
Czerwonka	190	200891	2068	3353	2820	544	2057	147

Czerwonka panowała w 190 gminach 52 powiatów. Najwięcéj były dotknięte powiaty brzeski (11 gmin) i bocheński (10 gmin), daléj powiaty dąbrowski, kolbuszowski i mielecki (po 8 gmin), krosnieński, sandecki, pilznieński, złoczowski i żywiecki (po 7 gmin), dobromilski, kałuski, tarnobrzeski i tarnowski (po 6 gmin), brzozowski i tłumacki (po 5 gmin), chrzanowski, gorlicki, limanowski, niski, sanocki i stanisławowski (po 4 gmin). Śmiertelność = 10%. Śmiertelność błonicy = 42%.

Lwów d. 3 września 1880. *Dr. Merunowicz.*

Statystyka epidemij. Ospa w Londynie złagodniała w tygodniu 33. Umarło 6, leczyło się w szpitalach 145, zapadło świeżo 20. W Wiedniu umarło 7, w Budapeszcie 5, w Pradze 10, w Paryżu 42, w Rzymie 8, w Madrycie 12. Odra zabiera więcéj ofiar w Paryżu, Londynie i Madrycie. Płonica bardziéj się szerzy w Londynie, błonica w Paryżu, gdzie umarło po 58. Dur złagodniał w Petersburgu. Z duru brzusznego umarło tamże 26, z duru powrotnego 13, z osutkowego 12. Z biegunki umiera nieco mniéj dzieci. W tygodniu 34 umarło w Krakowie: 1 z ospy, 4 z płonicy, 2 z błonicy, 1 z duru brzusznego, 4 z czerwonki a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy (z ul. Grodzkiéj l. 111); 2 błonicy (ze szpitala św. Ludwika i z Białego Prądnika); 1 duru osutkowego (ze szpitala św. Łazarza); 5 czerwonki (z Rynku l. 45, z ul. Grodzkiéj l. 65, z ul. św. Anny l. 203, z ul. Straszewskiego l. 6, i z Raciborowic).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 33 (do 14 sierpnia) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 40,0; we Lwowie 27,2; w Warszawie 37,7; w Poznaniu 30,1; w Wiedniu 22,7; w Budapeszcie 40,9; w Pradze 34,7; w Berlinie 28,3; w Wrocławiu 36,4; w Mnichowie 31,3; w Dreźnie 25,7; w Lipsku 31,3; w Bazylei 23,5; w Brukseli 27,0; w Amsterdamie 20,2; w Hadze 27,1; w Paryżu 26,2; w Londynie 23,8; w Kopenhadze 26,1; w Stokholmie 26,2; w Chrystyjanii 26,7; w Petersburgu 41,4; w Rzymie 32,2; w Wenecyi 22,6; w Bukareszcie 26,8; w Madrycie 40,8; w Barcelonie 28,2; w Aleksandryi 39,5; w Nowym Jorku 381,; w Bombayu 27,4; w Madrasie 31,5. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Dr. Antoni Kozubowski

wysłużony profesor anatomii opisowéj i porównawczéj w Uniw. Jagiell. i Członek honorowy Tow. lek. krak.

umarł w Krakowie d. 3 bm. w 75 roku życia swego.

W osobie Dra Kozubowskiego straciliśmy profesora, który, jakkolwiek obecnemu pokoleniu mało co znany, przecież wielkie położył zasługi koło zakładu anatomii i posady, którą przez szereg lat piastował z godnością i gorliwością. Kilka pokoleń lekarzy, rozsianych po wszystkich dzielnicach naszych, zawdzięcza Jemu wiedzę swoją anatomiczną, a gabinet tutejszy anatomiczny powstał prawie dopiero pod Jego kierownictwem. W epoce bachowskiéj On razem z prof. Majerem utrzymywali ciągłość wykładów w języku polskim, a pomimo, że wykłady Jego wówczas należały do nadobowiązkowych, były one tłumnie odwiedzane, nie tylko z powodu języka wykładowego, ale i dla gruntownéj znajomości przedmiotu i niezwykłéj cierpliwości, któréj codziennie profesor składał dowody w nauczaniu. Największą zaletą nieboszczyka była nadzwyczajna skromność, która była nieodstępną towarzyszką całego Jego żywota i która téż była powodem, że nie nabył takiego rozgłosu, na który zasłużył. To téż przy oddaniu ostatniéj czci prof. Kozubowskiemu nie brakło nikogo, kto tylko za życia miał sposobność stykania się z Nim, a nad grobem przemówił w zastępstwie nieobecnego dziekana Wydziału lek. prof. Janikowski. Cześć pamięci zacnego profesora!

* **Kraków** d. 8 września. Powszechnie i słusznie użalają się mieszkańcy tutejsi a dziwią się liczni goście, że magistrat nie zarządza codziennego skrapiania ulic i plant. Dłuższa pogoda, jakkolwiek bardzo nam była na rękę podczas przygotowań do przyjęcia N. Pana i podczas pobytu Jego w mieście naszém, jednak z drugiéj strony sprawiła, że za najmniejszym powiewem powietrza wznoszą się tumany kurzu, a planty nasze są prawie nieprzystępne i podobne do małéj Sahary. Na pytanie nasze, dlaczego urząd lekarski nie wpływa na usunięcie szkodliwości, która w mieście mającém tak znaczną śmiertelność jak Kraków, w dwójnasób zasługuje na uwagę, otrzymaliśmy wyjaśnienie, że fizyk miejski jeszcze d. 6 czerwca rb. przypomniał urzędowo potrzebę skrapiania ulic, że departament odnośny już 17 lipca sprawę tę biórowo załatwił, a jednak polecenie to z niewiadomych przyczyn dotąd nie wykonywa się z taką punktualnością, jak wypadało. Podczas pobytu N. Pana skrapiano ulice, po których miał przejeżdżać, ale też na tém koniec, bo i wtedy spacer po plantach był nieznośny. Zapewne rzecz cała stanie się bezprzedmiotową, bo przecież raz deszczu spodziewać się możemy, ale w każdym razie zasługuje na uwagę, jak skutecznym środkiem policyjno-lekarskim są t. zw. przypomnienia urzędowe fizykatu, które potrzebują aż 6 tygodni, zanim biórowo zostają załatwione, a następnie dopiero chyba *Jupiter pluvius* je wykona!

* N. Pan udzielił protomedykowi Biesiadeckiemu pozwolenia przyjęcia i noszenia orderu rosyjskiego św. Stanisława II kl. a weterynarzowi krajowemu Drowi Wernerowi orderu pruskiego korony III kl.

* Według nadesłanych nam wykazów było w Cieplicach czeskich do d. 5 bm. 10374.

* **Lwów.** Dr. Szeparowicz, operator przy szpitalu powszechnym, powrócił z urlopu i objął swoje czynności.

* **Warszawa.** Za przykładem prof. Łuczkiewicza, którego listy ogłoszone w Przegl. Lek. w sprawie słownika lekarskiego powszechną zwróciły na siebie uwagę i tak wielkie budziły zajęcie, rozpoczął obecnie Dr. Fritsche szereg artykułów, téj saméj sprawie poświęconych, w *Medycynie.* Jakkolwiek nie co do wszystkich szczegółów, to przecież w zasadzie zgadzamy się w zupełności z treścią pierwszego artykułu, na który zwracamy uwagę wszystkich kolegów, którym na tém zależy, aby Słownik był przynajmniéj wyrazem większości piszących.

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny Dr. Madelung mianowany został profesorem nadzw. w wydziale lek. w Bonnie.

* **Nekrologija.** Podajemy na tém miejscu przemówienie prof. Janikowskiego nad grobem śp. prof. Kozubowskiego:

Szanowni Zgromadzeni!

Gdy w zastępstwie nieobecnego dziekana Wydziału lekarskiego przypadł mi ten zaszczytny ale smutny obowiązek, przemówienia nad tym świeżym grobem, rzewne przejmuje mię uczucie; albowiem po raz ostatni pożegnać nam wypada męża ze wszech miar zacnego, nauczyciela światłego i gorliwego, kolegę serdecznego.

Żywot śp. Antoniego Kozubowskiego, nie obfity w głośne zdarzenia i niezwykłe zaszczyty, może posłużyć za wzór sumiennego pełnienia obowiązków prawego obywatela.

Rozpoczęty ciąg nauk na Wydziale lekarskim przerwały mu pamiętne wypadki roku 1830; wtedyto pospieszył zaciągnąć się jako lekarz w szeregi wojsk polskich, i dopiero po upadku powstania ukończył za granicami kraju nauki lekarskie, a uzyskany tam stopień naukowy w roku 1834 w Krakowie ponownym egzaminem stwierdził. Odtąd stale tu zamieszkał i naukowemu poświęciwszy się zawodowi, od roku 1838 jako profesor anatomii, przez lat 30 dobrze się zasłużył tutejszéj szkole głównéj. Zbiór anatomiczny w takim stanie, w jakim go objął potém światły jego następca, jakotéż cały gabinet zootomiczny, były owocem jego usilnych starań, a zwłaszcza ten ostatni owocem jego własnéj wytrwałéj pracy.

W zmiennéj kolei losów, które za naszéj pamięci Uniwersytet ten przechodził, zaskoczyła śp. Kozubowskiego era germanizacyjna, gdy nagle niemieckie zaprowadzono tu wykłady; nie zawahał się jednak ani na chwilę; spełnił jak zawsze swój obowiązek, po prostu i spokojnie: oświadczył stanowczo (zresztą nie sam jeden), że wykładać w obcym języku nie będzie. Władza

ówczesna, pomimo swéj dążności germanizacyjnéj, umiała uszanować powody, które Kozubowskiego do tego oświadczenia skłoniły i postąpiła z nim podobnie, jak z drugim zacnym kolegą, którego Wam wymieniać nie potrzebuję i pozostawiła ich przy wykładach polskich, ustanowiwszy równocześnie osobne odpowiednie katedry z wykładem niemieckim.

Minęły ciężkie lata próby, niemieccy profesorowie do innych przenieśli się uniwersytetów, a Kozubowski daléj, i już wyłącznie, wykładał anatomiję po polsku; wysłużywszy zaś lat 30 na tém stanowisku, uzyskał, lat temu 12, dobrze zasłużoną emeryturę. Przy téj sposobności zaszczycony został przez Monarchę znakiem orderu Franciszka Józefa, koledzy zaś serdeczne składali mu wówczas życzenia.

Usunąwszy się od obowiązków nauczycielskich Kozubowski nie potrafił pozostać bezczynnym, a że już od lat wielu oddawał się z zamiłowaniem praktycznemu jedwabnictwu, pszczelnictwu i sadownictwu, odtąd więc wyłącznie téj pracy poświęcił nadwątlone swe siły. Ubolewał on nad upadkiem u nas tych skromnych na pozór, a jednak niepoślednich gałęzi gospodarstwa krajowego i pragnął je podźwignąć w swoim obrębie, założywszy Towarzystwo pszczelniczo-jedwabnicze i sadownicze krakowskie. Działał nie tyle słowem, ile własnym przykładem, pomocą, zachętą. Zacne te jednak usiłowania nie odniosły odpowiednich skutków, a zawód ten cieniem smutku otoczył ostatnie jego lata, nie zmieniając zresztą rysów charakteru, którego wybitną cechą była: wytrwałość w cichéj a poczciwéj pracy i skromność. Nierównie większy, bo na stracie niepowetowanéj oparty, jest smutek nas tu pozostałych, dawnych kolegów i dawnych uczniów zmarłego, na którego czyny przez długie lata z blizka patrzeliśmy i którego ukochaliśmy serdecznie.

Cześć niechaj będzie na zawsze jego zacnéj pamięci i spokój wiekuisty czcigodnym popiołom!

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 1—4 włącznie: Maresza: Nagminne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych w Szydłowcu i jego okolicy; Talki-Hryncewicza: Magnetyzm zwierzęcy i próby zastósowania go w medycynie (*metallotherapia*); Narkiewicza-Jodki: Dziewiąte sprawozdanie lek. z Instytutu oftalmicznego za r. 1879; Fabiana: O pylicach (*pneumoconioses*). — W *Medycynie* Nr. 36: Wolberga. O zszywaniu, odtwarzaniu się i naciąganiu nerwów; Likiernika: O wodzie mydlanéj i pianie z mydła przeciw oparzeniu.

Redakcyja otrzymała:

Dra Teodora DUNINA: Spostrzeżenia nad epidemiją tyfusu powrotnego, panującą w Warszawie w 1879—1880 r. (odbitka z Medycyny) in 8vo str. 23.

Dra R. CHEŁMIŃSKIEGO i T. DUNINA: Zadanie statystyki szpitalnéj. (Osobne odbicie z Kroniki Lekarskiéj) in 8vo str. 23 z tablicami.

Dra Jana BUSZKA w Krakowie: Przyczynek do statystyki śmiertelności głównie z chorób zakaźnych i ważniejsze jéj przyczyny w m. Krakowie. Kraków 1880, in 8vo str. 122.

Piśmiennictwo lekarskie. BOCKENDAHL J. Generalbericht üb. öffentl. Gesundheitswesen d. Prov. Schleswig-Holstein f. d. J. 1878. gr. 4. Kiel, Univers-Buchh. M. 3.

BÖRNER E. Ueber die orthopädische Behandlng der Flexionen u. Versionen des Uterus. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 2.

BUSCH F. Regeneration u. entzündl Gewebebildg. Lex.-8. Leipzig, Breitkopf et H. M. 75.

LEBEC. Étude s. l. tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'uterus 8. Av. 2 pl. Paris, Delahaye Fr 3.

LEMOINE. Traitement local de l'angine diphtheritique par les injections directes de coaltar saponiné L. Beuf 8. Paris, Delahaye. Fr. 1½.

LUCAS-CHAMPIONIÈRE J. Chirurgie antiseptique. 2 édition. 12. Paris, Baillière et fils. Fr. 5.

MAC MUNN C. A. The Spectroscope in Medicine. With Tree Chromo-Lithographic Plates und 13 Woodcuts. 8. London, Churchill. sh. 9.

MARSHAL M. A. Du Rétrécissement uréthral, sa fréquence plus grande chez la femme que chez l'homme 8. Paris. Delahaye. Fr. 2½.

MAUTHNER L. Vorträge a. d. Gesamntgebiete d. Augenheilkunde. 5 Hft. gr. 8. Wiesbaden, Bergmann. M. 2 40.

MEAUX SAINT-MARC Ch. L'école de Salerne. Av. fig. 8. Paris, J. B. Baillière et fis Fr. 7.

MITTHEILUNGEN aus der ophthalmiatrischen Klinik in Tübingen. Hrsg. v. A. Nagel. 1 Hft. Mit 2 Tfln. u. 23 Holzschn. gr. 8. Tübingen. Hrsg. v. A. Nagel. 1 Hft. Mit 2 Tfln. u. 23 Holzschn. gr. 8. Tübingen, Laupp. M. 6.

Sprostowanie. W Nrze 36, str. 469, szpalcie 2giéj, wierszu 13 od góry po wyrazie: arabskim, opuszczono zdanie: „z których dowolnie dwa wybrać można."

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 18 września 1880. № 38. Rok XIX.

TREŚĆ: I. KOPFF. Ostry gościec stawowy *(Polyarthritis acuta)*. Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu św. Łazarza na oddziale Doc. Dra Pareńskiego w l. 1876—1880. — II. RYDYGIER. Przypadek wycięcia całéj macicy wraz z jajnikami i kilka uwag o zmianach poczynionych w sposobie operowania Freunda. — III. DOMANSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. (C. d.) — IV. *Oceny i sprawozdania*: Kiła a małżeństwo przez profesora Fourniera. Sprawozdanie Dra Bogdanika. (Dok.) GREY. ROBERTSON. RINGER. — *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Odcinek:* OETTINGER. Zapiski lekarskie ze stulecia XVIgo. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Ostry gościec stawowy. *(Polyarthritis acuta).*

Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu św. Łazarza na oddziale Doc. Dra Pareńskiego w l. 1876—1880.

Opracował Dr. Leon Kopff.

I.

Ostry gościec stawowy należy bez wątpienia dla swéj częstości, a jeszcze bardziéj dla smutnych następstw, jakie tak często w narządzie krążenia wywołuje, do najważniejszych chorób i śmiało może stanąć pod względem znaczenia obok zapalenia płuc, duru a nawet suchot płucnych. Mimo jednak swéj częstości i wielu o nim zapisanych folijałów, należy on do tych chorób, których dokładna znajomość, a ztąd i skuteczność leczenia bardzo wiele jeszcze do życzenia pozostawiają.

Do znajomości przebiegu choroby, jéj własności, rozwoju, powikłań i zejść najwięcéj się przyczyniają spostrzeżenia czynione w zakładach leczniczych, a więc szpitalach i klinikach. Chory tu pozostaje pod ścisłą obserwacyją lekarza, zdala od wpływu różnych szkodliwości, tak często w domowém leczeniu napotykanych; lekarz może być spokojnym, że wszystkie jego zlecenia wykonane będą i że przebiegu choroby jakieś obce wpływy nie zakłócą. O wiele większe jeszcze znaczenie z tych samych przyczyn mają spostrzeżenia lecznicze, i może nie będę dalekim od prawdy, jeżeli powiem, że takowe tylko w szpitalach lub klinikach ściśle naukowo robić można.

Za to spostrzeżenia chorobowe inne, a szczególniéj dotyczące etyjologii, jakotéż pierwszych okresów choroby, zebrane w zakładach klinicznych lub szpitalnych są nadto jednostronne lub niedokładne, tutaj bowiem, jak każdemu wiadomo, ma się do czynienia tylko z pewną warstwą ludności i chorobami zazwyczaj na szczycie rozkwitu.

Opierając się na powyżéj wypowiedzianych zasadach, postanowiłem podać tu spostrzeżenia nad gośćcem ostrym stawowym, opisane na podstawie obserwacyj, czynionych w szpitalu św. Łazarza na oddziale Doc. Dra Pareńskiego w ostatnich czterech latach, tj. od r. 1876 do 1880.

Przez przeciąg tego czasu leczono chorych obojéj płci cierpiących na gościec ostry lub przyostry 116. Płeć żadna nie okazywała większéj od drugiéj skłonności do reumatyzmu: mężczyzn było 61, kobiet 55.

Co do wieku otrzymałem wyniki zupełnie zgodne z dotychczasowemi spostrzeżeniami, że gościec ostry najwięcéj nagabuje ludzi od czasu pokwitania aż do wieku dojrzałego, nie należy jednak do rzadkości i w wieku średnim, a nader rzadko występuje u starców. Głównego kontyngensu dostarczali ludzie obojéj płci, między 20 a 30 rokiem życia; wypada na nich z ogólnéj liczby 34,5%. Najczęściéj po nich podpadali gośćcowi ludzie w wieku od 12 do 20 lat, mianowicie 25,9%. Za to poniżéj trzydziestu lat widzimy znaczny spadek: bo na wiek od 30—40 lat przypada już tylko 13,8%, na wiek od 40—50 lat 9,5%, od 50—60 6,9%, powyżéj zaś 60 lat niespełna 6%.

Co się tyczy wpływu pory roku, to zestawienie moje, różni się cokolwiek od większości zestawień innych autorów, dokonanych w innych miejscowościach [1]). Przeważna

[1]) Według Leberta *(Klinik des ac. Gelenkrheum.*, także *Handbuch der praktischen Medicin.* 1872. S. 980) przypadało w Zürichu z 220 przypadków obserwowanych w l. 1853 do 1859 na miesiące od stycznia do marca 27,4%, od kwietnia do czerwca 31,8%, od lipca do września 20,2%, od października do grudnia 20,6%. W Würzburgu przypadało z 79 pacyjentów z l. 1854 do 1860 według Rotha *(Verhandl. d. Würzb. physik. med. Geselsch.* 1863, IV, 277) na I kwartał 30,2%, na II 36,5%, na III 16.3%, na czwarty 27.7%. Zestawienie Fiedlera ze szpitala drezdeńskiego *(Archiv f. Hlkd.* 1866, VII, 156), wykazuje na I kwartał 27,19%, na drugi 27,34%, na trzeci 16,74%, na czwarty 28,73%. Huber *(Bayer. ärztl. Blätt.* 1867 N. 46), podaje, że z 90 chorych obserwowanych w Monachijum w latach od 1865—1866 przypada na kwartał I 27, na II 24, na trzeci 10, na czwarty 29 chorych. W Kopenhadze według Langego *(Virch. u. Hirsch Jahrb.* 1866 II, 269) z zestawienia obejmującego l. 1842 — 1865 przypada najwięcéj chorych na styczeń,

liczba autorów, podaje największą liczbę chorych na miesiące październik, listopad i grudzień, najmniéj zaś na czerwiec, sierpień i wrzesień; podczas gdy według mojego zestawienia najwięcéj chorych na gościec przybyło do szpitala w październiku 12% i sierpniu 11,2% najmniéj zaś w maju 3,5%. Stosunek procentowy reszty miesięcy mało się między sobą różni, mianowicie przypada na styczeń 7%, na luty 9,5%, na marzec 7,8%, na kwiecień 5%, na czerwiec 9,47%, na lipiec 7%, na wrzesień 9,5%, na listopad 9,5%, na grudzień 9,43%.

Muszę tu także zwrócić uwagę na fakt i przez innych autorów już dawniéj dostrzegany [1]), że w niektórych latach gościec stawowy szczególniéj w poważnéj liczbie występował, tak, że mimowoli nasuwa się myśl o nagminném panowaniu [2]) lub téż przynajmniéj o wpływach meteorologicznych szczególniéj sprzyjających rozwojowi gośćca. I tak w latach, których moja praca dotyczy, w r. 1877 było 39 przypadków podczas gdy w latach 1876, 1878 i 1880 (do maja 5 przypadków) liczba chorych nie przechodzi 25ciu.

O jakiémś zajęciu do gośćca szczególniéj usposabiającém nie mogę nic powiedzieć, bo jak to już na początku niniejszéj rozprawki namieniłem, w szpitalach w ogóle, a zwłaszcza w naszych, ma się głównie do czynienia z chorymi, należącymi do stanu wyrobniczego. Dla tego więc chorzy nasi rekrutowali się głównie z pośród wyrobników i wyrobnic, murarzy, kominiarzy, woźniców, lokajów i innych sług obojéj płci, w ogóle ludzi, którzy zarówno prawie żyją w niekorzystnych dla zdrowia warunkach, jak i narażają się na szkodliwy wpływ zmian meteorologicznych.

Również nie można dojść do żadnych pewnych wyników co do przyczyn wywołujących gościec, po pierwsze bowiem, od chorych tak mało inteligentnych, jakimi są chorzy w szpitalu leczeni, nic dowiedzieć się nie można, a powtóre że chorzy ci wcale nie umieją rozróżnić właściwéj przyczyny, i najrozmaitsze zboczenia w ustroju przypisują zawianiu, zaziębieniu lub nawet urokom. Nie mogę tu także podać żadnych spostrzeżeń pod względem dziedzicznego usposobienia do ostrego gośćca, na które coraz więcéj zaczynają zwracać uwagę.

najmniéj zaś na wrzesień. Wunderlich (*Spec. Path. u. Ther.* 1856, 612) podaje na Iszy kwartał największą liczbę chorych najmniejszą zaś na trzeci. W szpitalu Rudolfa w Wiedniu najwięcéj chorych na ostry gościec przypadało w r. 1871 na luty, grudzień, styczeń i marzec, w 1872; na grudzień, luty, marzec, czerwiec i styczeń; w obu zaś latach najmniéj na lipiec i sierpień.

[1]) Pisarze dawniejsi jak Lange, Pringle, Lancisi, Stoll, Mertens, Störck wprost wspominają o epidemijach reumatyzmu. Według Leberta. w Zürichu nadzwyczaj często występował gościec w r. 1857 i 1862; w Kopenhadze według Langego w latach 1844, 1846, 1848, 1849, 1852, 1857, 1860, i 1864.

[2]) Mueller (*Correspondenzblatt für schweiz. Aerzte* Nr. 19. — Virchow, Hirsch 1878. II, S. 270), uważa *Rheumarthritis acuta* za chorobę zakaźną. Na poparcie swego twierdzenia przytacza nierzadkie występowanie gośćca jak gdyby nagminnie (na klinice zürichskiéj w stósunku w r. 1871 do 74 jak 19 do 28; 1875 do 77 jak 37 do 80); częste powstawanie gorączki przed objawami chorobowemi w stawach; nie rzadkie występowania gośćca po chorobach ostrych zakaźnych jak *Scarlatina, Dysenteria* etc. wreszcie częstość i złośliwość gośćca w krajach gorących a bagnistych jak np. na Przylądku dobréj Nadziei. Stara się również poprzeć swe twierdzenie zdaniem niektórych anatomów patologicznych, że *Endocarditis rheumatica* jest zymotycznéj natury.

W 12 procent ogólnéj liczby chorych stwierdzono nawrót choroby, w jednym przypadku po raz trzeci. W żadnym przypadku nawrotu choroby nie zauważano jakiejkolwiek komplikacyi ze strony serca lub innego narządu.

Ważnym wydaje mi się fakt, o którym, o ile mi wiadomo, nigdzie nie wspomniano, że u 59% naszych chorych na gościec stwierdzono różnych stopni obrzęk śledziony. Śledziona, z wyjątkiem nielicznych przypadków, była niebolesną, twardą, obrzęk więc polegał, jak się zdaje, na dawniejszém zakażeniu malarycznėm. Nie ośmielam się twierdzić, że fakt ten zasługuje na miano momentu etyjologicznego, bo w naszéj malarycznéj okolicy niewątpliwie może $^1/_3$ ludności ma obrzmiałe śledziony, uważam jednak za właściwe, w obec tak poważnéj liczby jaką jest 59% zwrócić uwagę kolegów na fakt ten, w każdym razie godny dalszéj obserwacyi.

Sądzę, że nie od rzeczy będzie tu także wspomnieć coś o częstości zajęcia pewnych stawów: rzecz tę bowiem rzadko uwzględniają statystyki gośćca stawowego. Tak u kobiet jak i u mężczyzn, gościec najczęściéj pojawiał się w stawie kolanowym mianowicie w 56,9%, obok niego co do częstości stoi staw skokowy w 52,6%. Inne stawy o wiele rzedziéj ulegały zmianom chorobowym. I tak staw nadgarstkowy w 26,8%, staw barkowy w 24%, staw łokciowy w 14,6%, stawy palcowe u rąk w 8,7%, staw biodrowy w 6%, stawy obojczykowe w 3,5%, wszystkie stawy w 3,5%, palcowe u nóg w 2,5%, staw żuchwowy w 7%, kręgowy w 1,7%; żebrowy w 1,7%.

We wszystkich przypadkach, w których chorzy przybyli do szpitala w pierwszych dniach choroby, stwierdzono podniesienie ciepłoty. Przy tém zauważyłem dziwny fakt, na który zwrócił i Wunderlich uwagę (*Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten*, 1868, str. 361), że maximum ciepłoty przypadało na dzień przybycia chorego do szpitala. Podniesienie ciepłoty wahało się od stanu podgorączkowego aż do 39° i kilku dziesiętnych. W nielicznych tylko przypadkach ciepłota przekroczyła 40° C., ani razu jednak nie dosięgła 41°. Podobnie jak wszystkie objawy gośćca, tak i ciepłota nie przedstawiała żadnego charakterystycznego typu. Zazwyczaj występowały remisyje ranne, nie przechodzące jednego stopnia. Czas trwania gorączki zostawał zwykle w ścisłym związku ze zmianami chorobowemi w stawach, i dla tego téż w każdym prawie przypadku był innym. Najczęściéj zajęcie nowych stawów poprzedzało mierne podniesienie ciepłoty. Tym sposobem bardzo często napotyka się remisyje, a nawet intermisyje pół, cało, a nawet półtora, i dwudniowe, tak że obraz chorobowy przedstawia się w licznych napadach z krótkiemi przerwami bezgorączkowemi, lub ze stanem podgorączkowym. Również ciepłota znacznie się podnosiła przed wystąpieniem powikłań, szczególniéj takich, które same przez się zwykły ze znaczną gorączką przebiegać, jak np. zap. płuc. Dość często zauważano niestosunek między częstością tętna a ciepłotą: chyżość tętna bywała znacznie większą, niż to ciepłocie odpowiadało. Zdaje się, że powodem tego był ból i ztąd powstałe pobudzenie psychiczne.

Zmiany w moczu zależały od znacznéj utraty wody z ustroju skutkiem obfitych potów i od stopnia gorączki.

W przypadkach ostro przebiegających, z mocnêm nasileniem gorączki, silnemi bólami i wybitnemi zmianami w stawach, ilość moczu bywała skąpą, chorzy oddawali go bardzo rzadko (zapewne dla uniknienia bolesnego dla nich wszelkiego ruchu). Barwa moczu bywała ciemno-żółto-czerwona, lub nawet ciemno-czerwona, (w jednym przypadku znaleziono bardzo znaczną ilość urobilinu), mocz był skłonnym do tworzenia osadów z moczanów i czystego kwasu moczowego, oddziaływania mocno kwaśnego. Chlorki zwykle prawidłowe, w nielicznych przypadkach były nieco zmniejszone. Niekiedy, szczególniéj przy znacznêm podniesieniu ciepłoty, znajdowano małe ilości białka, nie wywołane jednak żadnêm cierpieniem nerek. Zapalenia nerek, które Corne i Hartmann (*Das acute u. chronische Gelenkrheumatismus 1874*) jako powikłanie gośćca podają, w żadnym przypadku nie zauważano.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Przypadek wycięcia całéj macicy wraz z jajnikami i kilka uwag o zmianach poczynionych w sposobie operowania Freunda.

Napisał Dr. Rydygier.

Zdania co do operacyi Freunda są nadzwyczaj jeszcze podzielone—przyczynki kazuistyczne z tego względu bardzo są pożądane. Nadto poczyniliśmy w naszym przypadku znaczne, jak nam się zdaje, i ważne zmiany w sposobie operowania, nad któremi w końcu bliżéj zastanowić się zamyślamy.

Przypadek nasz pokrótce jest następujący: Bukofzer Róża, przeszło 39 lat licząca, pochodzi z familii zdrowéj: ojciec umarł w 72 r. na uwiąd starczy, 60-letnia matka żyje i jest zdrowa. Pacyjentka nigdy ciężko nie chorowała, tylko niekiedy cierpiała na niedokrewność i raz na nieżyt żołądka. W 16 r. dostała miesiączki i miewała ją aż do ostatniego czasu regularnie; 2 razy wyszła za mąż i porodziła 5 dzieci lekko zupełnie i bez powikłań połogowych. Pierwsze przypady obecnego cierpienia pojawiły się we wrześniu przeszłego roku, a były niemi słabość w nogach, uczucie mrowienia w kiszce, a potém częste parcie na mocz i stolec. Brała środki na robaki, a późniéj przystawiono jéj 2 pijawki *ad anum* przeciw mniemanym hemoroidom. Wkrótce potém pojawiły się nieregularne krwotoki z macicy. Na początku bieżącego roku zakładał lekarz domowy 2 razy wianuszki, musiano je atoli zaraz wyjąć, bo ich chora rozumie się nie znosiła. Nie długo po têm pojawiły się białe upławy w przestankach pomiędzy krwotokami, coraz częstszemi. Upławy nie bywały nigdy ani zbyt obfite, ani cuchnące; wprawdzie używano odwietrzających wystrzykiwań.

Chorą widzieliśmy po raz pierwszy dnia 9 lutego b. r. i badając palcem *per vaginam* znaleźliśmy wyraźne *carcinoma* części pochwowéj: wargi maciczne zgrubiałe, charakterystycznie twarde, nierówne, karbowane; krwawienie po krótkiém i ostrożném badaniu. Gruczoły pachwinowe nie powiększone, sklepienie pochwowe niezajęte. Mimo oświadczenia naszego, że mamy do czynienia z rakiem i operacyję uważamy za potrzebną, mąż nie mógł się zdecydować. Lekarz domowy wstrzykiwał daléj morfin podskórnie. Kiedy na 4 tygodnie przed operacyją powtórnie badałem chorą, znalazłem już wargi maciczne prawie zupełnie zniszczone; kotlinowate nierówno ograniczone owrzodzenie stykające się po lewéj stronie z sklepieniem pochwowém; gruczoły pachwinowe jeszcze nieobrzmiałe. W obec takiego stanu miejscowego, a znacznéj niedokrewności ogólnéj oświadczyłem krewnym, że teraz operacyi już nie mogę zalecać. Po dalszych 3 tygodniach poproszono kolegę Dr. Grossfussa z Chełmży, który dawniéj pacyjentkę leczył, na konsultacyję, a ten ze względu, że bez operacyi chora niechybnie musiałaby wkrótce, w najokropniejszych cierpieniach, umrzeć, zalecił gorąco operacyję, mimo że uznawał, iż już rzeczy daleko się posunęły, i że skonstatował po raz pierwszy obrzmienie gruczołów pachwinowych. Po zaleceniu operacyi przez kol. Gr. chora i mąż zgodzili się na nią a ja się do podjęcia jéj nakłonić dałem.

Dnia 3 lipca b. r. przyjęliśmy chorą do naszéj kliniki; poprzednio pojawił się raz w nocy dość znaczny krwotok. Badanie w dniu, w którym chora wstąpiła do naszéj kliniki wykazało: Chora średniego wzrostu, delikatnéj budowy, bardzo wychudła, niedokrewna, mimo to może dość pewno i szybko chodzić. W przyrządach wewnętrznych nie ma nic nieprawidłowego. Badanie przyrządu płciowego potwierdza stan opisany; gruczoły pachwinowe obrzmiałe; przednie i tylne sklepienie zajęte tylko tuż przy granicy części pochwowéj, tak samo lewa strona; prawa strona zupełnie wolna.

Zdecydowaliśmy się na wycięcie całéj macicy sposobem Freunda, gdyż uważaliśmy, że Schroedera nadpochwowa amputacyja macicy nie wystarczyłaby do zupełnego wydalenia części chorych.

Dnia 5 lipca b. r. przystąpiliśmy do operacyi po poprzedniém wypróżnieniu kiszek i dokładnéj dezinfekcyi pochwy. Operacyja nasza, tak jak ją wykonaliśmy, składa się z 3ch części, a każdą część wykonaliśmy na innêm miejscu.

I część. Przysposabiająca powtórna dezinfekcyja w pokoju przez chorą dotychczas zajmowanym i zachloroformowanie.

II część. Po przeniesieniu do zwyczajnéj naszéj sali operacyjnéj, ogoleniu włosów sromnych i założeniu wziernika pochwowego Simona, nacięcie błony śluzowéj pochwy naokoło części pochwowéj macicy i po przepłókaniu kwasem karbolowym tamponada pochwy 10% watą salicylową.

III część. Przeniesienie choréj do pokoju od kilku dni odwietrzanego, dla niéj przeznaczonego, w którym ciepłota wynosi 21°R.; operacyja bez mgły. Ostateczna dezinfekcyja brzucha 5% rozczynem kwasu karbolowego; ustawienie asystentów: kol. Dr. Wehr przyjął asystencyję naprzeciw; kol. Dra Grosfussa ustawiliśmy pomiędzy nogami choréj, miał on ochraniać pęcherz i odbytnicę przed zranieniem, a zarazem palcem w pochwie się znajdującym operatora kontrolować; kol. Dr. Batka trzymać miał kiszki, a chloroformowanie dozorował radca sanit. Dr. Wiener.

Cięcie od pępka aż do spojenia kości łonowych; przecięcie częściowe osady dolnéj mm. prostych; dokładne zatamowanie krwawienia przed otworzeniem otrzewnéj; obrąbienie nią brzegów rany brzusznéj; wyjęcie i zawinięcie kiszek w serwety umaczane w rozgrzanym 2% rozczynie kwasu karbolowego, ponieważ je w górze jamy brzusznéj umieścić nie było można; przeciągnienie pętli przez trzon macicy; nacięcie otrzewnéj w zagłębieniu pomiędzy pęcherzem a macicą; Dr. Grossfuss wtenczas wyciąga czopek z pochwy

i wprowadza cewnik do pęcherza; dalsze głębsze oddzielanie macicy od tylnéj ściany pęcherza palcami; wtenczas kol. Dr. Grossfuss palcem w pochwie markuje nacięcie i naprzeciw moim palcom unosi; zetknięcie się moich palców z palcem Dra Grossfussa w pochwie; podobne odłączenie tylnéj ściany macicy od odbytnicy; założenie górnéj ligatury Schroedera po obu stronach tak, iż zarazem jajniki obejmuje, ligatury z grubego katgutu, po nacięciu zmykają się, dla tego dalsze przecięcie tych części bez uwzględnienia ligatur i podwiązanie naczyń krwawiących; po obu stronach założono dwie ligatury, a po lewéj stronie podwiązano nadto krwawiącą żyłę. Dolnéj trzeciéj ligatury Freunda już przed operacyją postanowiliśmy nie zakładać; dalsze ostrożne oddzielanie po lewéj stronie; podwiązanie tętnicy macicznéj przed jéj przecięciem przez kol. Dra Wehra, nadto podwiązanie jeszcze jednéj gałęzi; takież postępowanie po prawéj stronie i tu podwiązanie tętnicy przed jéj przecięciem; dalsze odłączanie macicy aż do nacięcia w pochwie niemal tylko palcami; wyjęcie macicy przez jamę brzuszną (wbrew pierwotnemu naszemu postanowieniu, chcieliśmy ją bowiem przez pochwę na dół wypchać, żeby przypadkiem co z posoki do jamy brzusznéj nie dostało się). Utrata krwi bardzo nieznaczna; po lewéj stronie pozostały jeszcze naciekłe części; wyjęcie ich o ile wyczuć było można; zeszycie tylnéj ściany pęcherza naddartéj na 2 cm. długości, która w skutek zrakowacenia jéj i wewnątrz błony śluzowéj pękła mimo bardzo ostrożnego oddzielania uskutecznionego na têm miejscu bez ostrych narzędzi.

Oczyszczenie miednicy 2% letnim roczczynem kwasu karbolowego; zeszycie otrzewnéj w miednicy; oczyszczenie ostateczne; włożenie kiszek; zeszycie rany brzusznéj; oprawa Listerowska naokoło ud 10% salicylową watą zakończona; zupełnie krótki sączek do góry w pochwę; gąbkę umaczaną w kw. karbolowym do ujścia pochwy; na to wata salicylowa; ułożenie choréj w wygrzaném łóżku, które ustawione zostało w tymże pokoju. Chora po operacyi niespokojna; mdleje, zaleciliśmy pigułki z lodu, wino i morfin podskórnie. W trzy godziny po operacyi cewnikiem odciągliśmy $^3/_4$ szklanki moczu; w nocy i następnego dnia jeszcze kilka razy odjęto mocz; niepokój trwa daléj przez całą noc i następny dzień; częste wymioty; skargi na uciskanie oprawy, mózgowie niezajęte aż krótko przed śmiercią, żywot przy ucisku bolesny i niewydęty; z rana wyjęcie gąbki, ostrożne przepłókanie pochwy i założenie świeżéj gąbki; na gąbce było cokolwiek śluzu krwistego niecuchnącego, po południu o 5téj godz. śmierć śród objawów zapadu sił. Badania zwłok nie dozwolono.

Teraz jeszcze kilka uwag o zmianach w sposobie operowania. Co się tyczy ogólnego na nas wrażenia operacyi nazwanéj przez Freunda i E. Fränkla łatwą, bardzo łatwą, a przez Schroedera, Olshausena, Ahlfelda i innych, a pomiędzy nimi mianowicie Bruntzla, niełatwą, ale przeciwnie bardzo trudną, to wyznajemy, że operacyi téj nie zaliczamy do nadzwyczaj trudnych, ale nie myślimy jéj nazwać łatwą. Nie zgadzamy się wcale z Fränklem, który ją chciał z rąk specyjalistów oddać do ogólnego użytku lekarzy. Nie widzimy téż wcale do tego potrzeby: chcąc osiągnąć to, czego Fränkel wymaga t. j. żeby jak najwcześniéj odpowiednie przypadki przyszły do operacyi, wystarczy, żeby lekarze umieli wcześnie rozpoznać chorobę, a to przecież po większéj części ma miejsce.

Niebezpieczeństwa największe operacyi Freunda, na które wskazują operatorowie, są: 1) Odsłonięcie i narażenie dłuższe kiszek na wpływy powietrza podczas operacyi; 2) Trudne i wiele czasu wymagające zakładanie trzeciéj ligatury Freunda; 3) Znaczne krwawienie z tętn. macicznéj zdarzające się nieraz mimo téj ligatury; 4) Uchwycenie moczowodów w ligaturę i zranienie pęcherza lub odbytnicy.

Przeciw pierwszemu niebezpieczeństwu zalecilibyśmy usilnie użyte przez nas przecięcie błony śluzowéj pochwy naokoło części pochwowéj macicy; tym sposobem: 1) operacyja po otwarciu jamy brzusznéj daleko krócéj trwa; 2) operacyja znacznie ułatwiona, bo nie potrzebujemy głęboko w miednicy męczyć się przecinaniem błony śluzowéj pochwy; 3) po przecięciu otrzewnéj resztę odłączenia macicy prawie zupełnie bez ostrych narzędzi wykonać możemy, przez co bezpieczni jesteśmy przed naruszeniem pęcherza lub odbytnicy, jeżeli tylko ściany ich nie są, jak w naszym przypadku, sprawą chorobową już zajęte; a nareszcie 4) możemy od pochwy wygodnie i dokładnie odgraniczyć części chore od zdrowych i cięcie tak poprowadzić, żeby nic chorego przy błonie śluzowéj pochwy nie pozostało.

Nie mniej poleca się wykonanie drugiéj części operacyi w innym pokoju, a trzeciéj części w innym, jak to w naszym przypadku uczyniliśmy: tu możemy po nacięciu jeszcze raz pochwę dokładnie kwasem karbolowym wypłókać, tu ma operator śród przenoszenia choréj czas do ostatecznéj dezinfekcyi swych rąk, tak że już do pokoju, gdzie jamę brzuszną otwieramy, nic nieczystego się nie dostaje.

Dla uniknienia niebezpieczeństw wyliczonych pod numerem 2, 3 i 4, ale zarazem dla skrócenia trwania operacyi po otwarciu jamy brzusznéj zalecamy usilnie zaniechać założenia trzeciéj ligatury Freunda, a zamiast tego, podobnie jak my w naszym przypadku uczyniliśmy, podwiązać odosobnioną t. maciczną przed jéj przecięciem.

Właśnie na trudności w założeniu téj ligatury najbardziéj się operatorowie uskarżają, a nieraz jeszcze po uciążliwém jéj założeniu mimo to znaczne krwawienie następuje ponieważ nie dość silnie uciska tkankę objętą. Tak n. p. Ahlfeld (*Bericht über 10 Laparotomien. Dt. med. Wochenschrift* Nr. 2, 1880 r.) mimo nasilniejszego zaciągnienia nitki koniec małego palca pod nią mógł wsunąć. Nadto zdarzyło się już kilka razy, że moczowody dostały się w tę ligaturę i takowe także podwiązano, co niechybną śmierć choréj sprowadziło.

Zaręczamy, że udało nam się zupełnie łatwo postępując krok za krokiem w głąb (po części tylko palcami operując) tętnicę maciczną po obu stronach przed jéj przecięciem ujrzeć i podwiązać. Postępowanie to jak najusilniéj zalecić możemy. Dodać wprawdzie musimy, że operowaliśmy na kobiecie chudéj, sądzimy atoli, że i u tłustéj osoby podwiązanie takie nie napotka na wielkie trudności, chociaż prawdopodobnie będzie trudniejszém niż w naszym przypadku. Sposób powyższy zasługuje także na pierwszeństwo przed sposobem, którego na przyszłość Bruntzel (*Sechs Fälle von Exstirpation des Uterus nach Freund. Arch. f. Gyn.* tom XIV, *ref.* w *Centralbl. f. Chir.* z 1879 r. str. 379) chce używać. Chce on po założeniu górnych ligatur podstawę szerokich więzów macicy krok za krokiem przeciąć i wszystko co krwawi natychmiast podwiązać. Pole operacyjne w miednicy jest tak głęboko założone i tak wązkie, że moment krwawienia wystarczy, żeby je zakryć, dla tego téż nieraz uchwycenie tętnicy po przecięciu utrudnione być może, chociaż chętnie przyznajemy, że ten sposób jest je-

szcze lepszy od sposobu Freunda, gdyż tam nieraz operator, pewny że ligatura niedopuści krwotoku, nieraz nagle jest zmuszony szukać tętnicy, podczas gdy całe pole operacyjne jest zalane, jak nam to prof. Pernice opowiadał, a dawniejszy jego asystent Loebker opisał. W przypadkach, gdzie odszukanie poprzednie i podwiązanie tętnicy maciecznéj możliwe, a w naszym przypadku było nie tylko możliwe ale bardzo łatwe, zaleca się z pewnością przedewszystkiém nasz sposób.

Sądzimy, że przez podane dwie nasze zmiany sposobu operowania Freunda, które w naszym przypadku wypróbowaliśmy, operacyję jego nie tylko istotnie ułatwiliśmy, ale i mniéj niebezpieczną uczyniliśmy.

III. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

24. Powiedzieliśmy już dawniéj, że porażenia występują często w przebiegu kiły mózgowéj; zastanówmy się teraz nieco bliżéj nad niemi.

Porażenia są albo pierwszym albo dopiero następowym przypadem kiły mózgowéj. W $^1/_3$ wszystkich przypadków porażenia są pierwszym lub prawie pierwszym objawem kiły mózgowéj, w $^2/_3$ występują dopiero po innych zboczeniach czynnościowych tak że, jakeśmy to już wspomnieli, do każdéj prawie z różnych form początkowych przystąpić mogą i przystępują rzeczywiście nader często porażenia. Dzieje się to tak dobrze z bólem głowy właściwym i afazyją, jak formą nawałową, padaczkową i psychiczną kiły mózgowéj. Można nawet powiedzieć, iż każden prawie przypadek nie leczony lub leczony ze skutkiem niepomyślnym prędzéj czy późniéj prowadzi do porażeń.

Obecnie wypada nam zająć się porażeniami, o ile stanowią pierwotny objaw kiły mózgowéj; zaczynamy od najprostszych tj. od porażenia nerwów mózgowych.

Porażenia nerwów mózgowych liczymy do jednego z najczęstszych przypadów kiły mózgowéj; pochodzi to oczywiście ze stósunków anatomicznych tak kiły, jak i układu nerwowego, a ponieważ punkt ten wyjaśniliśmy we właściwém miejscu już dawniéj, przeto nie potrzebujemy się teraz nad nim zastanawiać.

Przedewszystkiém zasługuje na uwagę, że porażeniom skutkiem kiły nie wszystkie nerwy mózgowe równie często ulegają. Najczęściéj dzieje się to z nerwami ruchowemi oka, rzedziéj z nerwem słuchowym, wzrokowym, twarzowym i podjęzykowym, jeszcze rzedziéj z węchowym i troistym, prawie nigdy ze smakowym, błędnym i dodatkowym Wilizyjusza.

Między nerwami ruchowemi oka znów zachodzi znaczna różnica; najczęściéj ulega porażeniu nerw okoruchowy, bardzo często, lubo przecież nieco rzedziéj, nerw odwodzący, rzadko stósunkowo nerw bloczkowy. Przyczyna tego, że te nerwy tak łatwo ulegają porażeniu przez kiłę, polega na tém, iż one są przedniemi nerwami z mózgu wychodzącemi, a kiła jak wiadomo z upodobaniem szczególniejszém nagabuje przednie części mózgu, powtóre, że przebiegają w długich pasmach na podstawie czaszki, gdzie zmiany tak w oponach jak i mózgu bardzo łatwo prowadzą pierwotnie lub następowo do uciśnienia nerwów, że w szczególności dla nerwu okoruchowego między odnogami mózgowemi z osobliwszém według Broadbenta upodobaniem rozwijają się zmiany kiłowe.

Ponieważ porażenie jest zboczeniem czynnościowém, które stanowi wyraz nie rodzaju, lecz tylko siedliska zmiany anatomicznéj, łatwo przeto pojąć, że porażenia kiłowe same przez się nie mają w sobie nic charakterystycznego, po czémby można poznać ich przyczynę. Objawy ich zatém są takież same, co i porażeń z przyczyn innych. Będą przeto dla nerwu okoruchowego przypadami: opadnienie powieki górnéj, upośledzenie lub zniesienie ruchów gałki ocznéj do góry, na dół i na wewnątrz, rozszerzenie źrenicy, zéz rozbieżny, widzenie podwójne; dla nerwu odwodzącego: zniesienie lub upośledzenie ruchu gałki ocznéj na zewnątrz, zéz zbieżny i znów widzenie podwójne; dla nerwu bloczkowego: widzenie podwójne w kierunku ku górze względem przedmiotów położonych w dolnéj części pola widzenia a dla jéj zrównoważenia pochylenie głowy na dół ku stronie mięśnia porażonego.

Pod względem przebiegu warte uwagi, że porażenia kiłowe mięśni ocznych powstają najczęściéj nagle wyrabiając się w przeciągu kilku godzin, rzedziéj w kilku dniach dopiero, najrzedziéj w dłuższym przeciągu czasu. Porażenia te raz powstawszy zazwyczaj nie znikają bez odpowiedniéj terapii, lecz coraz są uporczywsze, dopóki wreszcie nie pozostaną nieulecznemi.

Co do stopnia, bywają porażenia zupełne, gdzie żaden ruch mięśniem porażonym nie jest możebny, niezupełne, gdzie ruchomość utrzymuje się do pewnego stopnia, i bardzo lekkie, w których chorzy uskarżają się wprawdzie na widzenie podwójne, lecz zézu nie okazują, przypadki, w których dopiero badaniem szkłami barwnemi można wykryć zboczenie i oznaczyć nerw w swéj czynności upośledzony.

Pod względem rozległości bywają przypadki, gdzie wszystkie mięśnie oczne są porażone, inne, w których porażonemi są tylko mięśnie zależne od jednego nerwu, inne nakoniec, w których tylko pewne gałązki jednego nerwu uległy przerzeczonemu zboczeniu czynnościowemu. Ztąd powstają nader rozmaite odmiany; tak może wystąpić samo tylko opadnienie powieki górnéj, opadnienie powieki górnéj z porażeniem mięśnia prostego górnego, co bywa częściéj, porażenie mięśnia odwodzącego wyłącznie, samo rozszerzenie źrenicy, porażenie mięśnia prostego górnego z rozszerzeniem źrenicy i opadnieniem powieki górnéj. Ponieważ opadnienie powieki górnéj i rozszerzenie przynajmniéj nie bardzo znaczne źrenicy, z powodu że nie sprawiają ani podwójnego widzenia ani innych dolegliwości, w wielu razach uchodzą uwadze chorych, przeto we wszystkich przypadkach kiły powinno się na ich obecność zwracać uwagę, by przy znalezieniu uważać je za ważny objaw kiły mózgowéj a tém samém za zwiastuna grożącego choremu niebezpieczeństwa.

Przyczyna, dla któréj porażenia nie zajmują nieraz całego nerwu, lecz tylko niektóre gałązki, nie jest dotąd wiadomą; być może, że przyczyny takich porażeń tkwią w mózgu, w którym biorą początek nerwy oczne w różnych jego miejscach; łatwiéj to bowiem przypuścić, niż zmianę po wyjściu nerwów z mózgu, gdzie wszystkie gałązki jakiś czas biegną razem i przy ucisku jednakowo mogłyby a raczéj powinny być porażone.

Daléj zauważyć należy, że równocześnie mogą być po-

rażone nerwy różne idące do tegoż samego oka znów w rozmaitych kombinacyjach lub nerwy idące do obydwóch oczu i to w dwojaki sposób: albo nerwy równoimienne np. obydwa nerwy okoruchowe albo różnoimienne np. wewnętrzny prosty jednego oka z odwodzącym czyli zewnętrznym prostym drugiego oka. Może być nawet więcéj niż dwa nerwy porażone. Zresztą rozumie się samo przez się, że i inne nerwy np. twarzowy mogą ulegać porażeniu obok nerwów ruchowych oka.

Lubo porażenia kiłowe mięśniów gałki ocznéj nie mają oczywiście nic charakterystycznego, należy przecież w każdym ich przypadku myśleć o kile; rzeczą jest bowiem niewątpliwą, że największa ich liczba polega na kile i może nie jest przesadném twierdzenie jednego z okulistów francuzkich, że ze 100 przynajmniéj 75 porażeń jest przyrody kiłowéj.

Zdaniem Fourniera nawet w razach, gdzie ani anamneza ani stan obecny nie dowodzą istnienia kiły, należy o niéj myśleć wyjąwszy tam, gdzie można wykryć inne zboczenia mogące być przyczyną porażenia, i to myśleć têm więcéj, im rozleglejszém jest porażenie, im więcéj nagabuje mięśniów i nerwów.

Znaczenie porażenia mięśniów ocznych jest wielorakie. Naprzód porażenia same przez się są ważne, bo upośledzają ważną czynność ustroju, jaką jest widzenie, powtóre dowodzą istnienia choroby, jeżeli nie mózgu, to przynajmniéj prawie zawsze wśród czaszki, a ponieważ są nieraz pierwszym lub przynajmniéj jednym z pierwszych objawów kiły mózgowéj, która jest ciężką chorobą, oznaczają groźne niebezpieczeństwo.

Po nerwach ruchowych oka bez porównania rzedziéj ulega zmianom kiłowym nerw słuchowy, skutkiem których przychodzi do większego lub mniejszego upośledzenia słuchu oczywiście bez zboczeń anatomicznych za życia wykazać się dających. Temu upośledzeniu słuchu towarzyszą inne zboczenia ze strony mózgu, jak ból głowy, zawrót, osłabienie pamięci itd.

O wiele ważniejszemi są zboczenia ze strony nerwu wzrokowego prowadzące do większego lub mniejszego upośledzenia lub nawet wcale zupełnego zniesienia wzroku. Zmiany te czynnościowe występują albo zupełnie osobno przynajmniéj przez jakiś czas, albo, co bywa o wiele częściéj, towarzyszą innym objawom mózgowym tyle już razy wspomnionym, jak bólom i zawrotom głowy, zboczeniom psychicznym, napadom epileptycznym, porażeniom itd. Zdaniem Fourniera upośledzenie wzroku pojawia się równocześnie najczęściéj z bólem głowy, napadami epileptycznemi i wymiotami. Tak samo zresztą jak w porażeniu nerwów ruchowych gałki ocznéj, przyczyna anatomiczna zboczenia w nerwie wzrokowym tkwić może albo w mózgu albo w nerwie po wyjściu z mózgu w przebiegu na podstawie czaszki. Jako przyczynę fizyjologiczną upośledzenia wzroku wykryć można najczęściéj oftalmoskopem w nerwie wzrokowym zapalenie i zanik. Zapalenie jest następstwem ucisku mechanicznego na nerw wzrokowy wywartego lub rozszérzenia się nań zmiany anatomicznéj a objawia się oftalmoskopijnie zaczerwienieniem i obrzmieniem tarczy nerwu wzrokowego, zatarciem jéj granic wyraźnych, rozszerzeniem żył, zwężeniem tętnic, nieraz wynaczynionkami wdłuż naczyń żylnych tak w tarczy jak i siatkówce. Stan ten zapalny prędzéj lub późniéj skutkiem konsolidowania się nowoutworzonych przez zapalenie elementów prowadzi do zaniku nerwu wzrokowego, przyczém jego tarcza nabiera barwy białawéj ze zwężeniem naczyń, przynajmniéj tętniczych.

Oczywistą jest rzeczą, że te zmiany oftalmoskopijne nie mają nic wyłącznego dla kiły i oznaczają tylko zboczenie anatomiczne wśród czaszki a zatém w każdym razie pomijając samo nawet upośledzenie lub zniesienie wzroku chorobę ciężką, którą powinno się leczyć energicznie, jeżeli nie ma przyjść do niepowetowanéj straty dla chorego. Szczegółowego znaczenia dopiero wtedy nabierają zmiany w nerwie wzrokowym, gdy im towarzyszą inne przypady mózgowe, które z większém lub mniejszém podobieństwem do prawdy trzebaby odnieść do kiły.

Na szczególniejszą zasługuje uwagę okoliczność, że zmianom oftalmoskopijnym do pewnego przynajmniéj czasu nie zawsze odpowiada upośledzenie wzroku; są nawet przypadki, że oftalmoskop wykrywa znaczne zmiany a mimo tego chorzy nie uskarżają się na żadne upośledzenie wzroku. Fakt ten, niepodobny dziś jeszcze do wytłómaczenia, nakazuje stanowczo badać oftalmoskopem dno oka u każdego chorego, który w ogólności okazuje jakiekolwiek przypady, nawet bardzo nieznaczne, któreby z rozpoczynającéj się kiły mózgowéj wywodzić należało.

Nerw twarzowy o wiele rzedziéj niż nerw wzrokowy ulega w kile porażeniu. Jakie są objawy porażenia nerwu, o którym mowa, nie ma potrzeby przytaczać. Tyle pewna, że porażenia nerwu twarzowego bywają obwodowe, gdzie np. nerw ulega uciskowi mechanicznemu na podstawie czaszki, ze znanemi cechami lub ośrodkowe, w których porażenie twarzy ma toż samo znaczenie, co zwyczajne porażenie połowicze ciała, któremu zresztą, jak o têm wkrótce wspomnimy, często towarzyszy. To pewna, że jedno i drugie porażenie bywa w kile nader często niezupełne, częściowe co do stopnia i rozległości, przelotne lub stałe, ostatnie, jeżeli towarzyszy porażeniu połowiczemu. Mogą być porażonemi także równocześnie obydwa nerwy twarzowe, jak tego sam niedawno jeden postrzegałem przypadek, w którym po stronie prawéj były porażonemi górne a po lewéj dolne gałązki nerwu twarzowego, objaw naturalnie nie tylko uderzający, ale i ważny pod względem rozpoznania przyczyny porażenia.

Co się tyczy innych nerwów mózgowych, zasługuje na obszerniejszą wzmiankę tylko nerw troisty. Uderzającém jest, że Fournier uważa zboczenia w tym nerwie w przebiegu kiły mózgowéj za rzadkie i wyjątkowe, gdy według moich przynajmniéj spostrzeżeń zboczenia czynnościowe ze strony nerwu troistego nawet byłyby dosyć częste. Bez porównania częstsze są daléj zboczenia czucia niż ruchu. We wszystkich przypadkach zboczenia występowały tylko w jednym nerwie troistym a objawiały się jako bóle nerwowe, częściéj jako upośledzenie lub zniesienie czucia. Tym zboczeniom towarzyszą nieraz porażenia mięśniów ocznych a w jednym przypadku przezemnie i kilku innych kolegów w Krakowie obserwowanym zapalenie oka porażne *(ophthalmia neuroparalytica)*, które ustąpiło wprawdzie leczeniu stósownemu, miejscowemu i ogólnemu, ale po którém w lat dopiero kilka pojawiło się porażenie połowicze zupełne jako ważny przypad dyjagnostyczny.

O nerwie podjęzykowym jużeśmy wspomnieli przy afazyi; tu dodać tylko należy, że niekiedy porażenie tego nerwu występuje zupełnie osobno.

Wymioty odnieśćby należało zapewne do cierpienia nerwu błędnego.

Najważniejszém ze wszystkich porażeń w przebiegu kiły mózgowéj występujących jest porażenie połowicze a to dla tego, ponieważ jest najczęstsze, najrozleglejsze na obwodzie, najcięższe i — powiedzmy prawdę — stósunkowo najmniéj dla terapii dostępne.

Porażenie połowicze okazuje się zwykle w epoce bardzo póżnéj choroby, jak o tém przekonywa następna statystyka zebrana przez Fourniera: najczęściéj występuje porażenie przerzeczone między 3. a 18. rokiem od wystąpienia zmiany pierwotnéj a tu znów najczęściéj między 6. a 10. rokiem. Po za tym czasem jest tém rzedszém porażenie połowicze, im się więcéj w jednę lub drugą stronę odeń oddalamy. Postrzegano atoli już przypadki po 20 i 30 latach od początku choroby, jak na odwrót i przypadki, w których porażenie wystąpiło podczas kiły tak zwanéj drugorzędnéj między np. 6. a 19. miesiącem od czasu pojawienia się zmiany pierwotnéj. Takie przypadki zdaniem Fourniera odpowiadałyby zupełnie tym, w których np. na skórze w bardzo wczesnym okresie choroby ukazują się zmiany zazwyczaj póżne jak np. kilaki itd. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Kiła a małżeństwo przez profesora Fourniera.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37).

Czwartym warunkiem jest łagodny charakter kiły. Jeżeli pierwotny objaw choroby był łagodny, jeżeli nawroty choroby były coraz słabsze i łatwo ustępywały leczeniu wówczas to jest rękojmią na przyszłość i uwzględniwszy inne warunki można zezwolić na związki małżeńskie. Jednakże nie ma jeszcze pewności, czy nie nastąpią wybuchy kiły trzeciorzędnéj, owszem kiła trzeciorzędna z upodobaniem występuje tam, gdzie pierwotne objawy były łagodne, jeżeli leczenie nie było odpowiednie. Ostrożniejszym być trzeba, jeżeli kiła zaraz z początku miała charakter groźny. Do groźnych form kiły należą i te, gdzie przypady są lekkie i łatwo leczeniu ustępują, szczególniéj owrzodzenia błon śluzowych, ale uporczywie powracają; jako też wszelkie przypadki, gdzie choroba zajęła organa szlachetne np. oko, nerwy, rdzeń pacierzowy, mózg. Przypady te mają wielką skłonność do nawrotów. Zajęcie mózgu uważa autor prawie za bezwzględne przeciwskazanie małżeństwa. Nie można zatém postanowić żadnego ogólnego prawidła, ale w każdym poszczególnym przypadku uwzględnić trzeba strony dodatnie i ujemne i według tego się kierować.

Jak dotąd każdy zapewne zgodzi się z Fournierem. Przychodzi warunek piąty i ostatni: Dostateczne leczenie specyficzne. Na czémże polega to dostateczne leczenie specyficzne. Oto na wprowadzeniu do ustroju rtęci i jodu w dawkach energicznych według pewnéj metody, którą autor nazywa następową lub przerywaną *(successif ou intermittent)* przez dłuższy czas co najmniéj trzy lub cztery lata. Leczenie jodem radzi powtarzać i póżniéj co dwa, trzy lata. Tylko ten sposób leczenia w każdym przypadku kiły ma z małymi wyjątkami zapobiegać kile trzeciorzędnéj, zmniejszać możebność zarażenia żony i nie sprowadzać kiły dziedzicznéj. Tym sposobem jak się wyraża autor trzyma się chorobę w karbach i zapobiega wybuchom. Inni syfilidologowie używający rtęci i jodu zadowalniają się przypisując rzeczonym lekom jedynie zdolność usuwania przypadów i nie zadają rtęci tak długo. Tenże sam autor dwadzieścia lat temu wymagał tylko leczenia dziewięciomiesięcznego, który to okres czasu leczenia ciągle powiększając doszedł do minimum trzy lub cztery lata. Ztąd Diday wyraża się o nim że apetyt wzmaga się z jedzeniem. Ale zgodziwszy się na takie leczenie jak pogodzić warunek drugi, trzeci i piąty, choćby kiła była najłagodniejszą? Jak choremu pozwolić żenić się w trzy lub cztery lata od zarażenia się, jeżeli go tak długo trzeba leczyć a potém jeszcze $1\frac{1}{2}$—2 lat czekać bez leczenia?

Wybuchy kiły trzeciorzędnéj przypisuje autor chorobie żle lub wcale nieleczonéj. Dr. Jullien zebrał 59 przypadków kiły trzeciorzędnéj nieleczonéj w poprzednich okresach. Między tymi był tylko jeden przypadek wątpliwy u kobiety z porażeniem połowiczém lewém. Na 47 przypadków kiły trzeciorzędnéj leczonych rtęcią od początku znalazł 6, gdzie układ nerwowy był zajęty, a na 112 przypadków kiły trzeciorzędnéj leczonych rtęcią od wybuchów wtórorzędnych 28 razy zajęty był układ nerwowy. Z pomiędzy chorych Fourniera znalazł 17 przypadków kiły trzeciorzędnéj, a między niemi 6 razy był zajęty układ nerwowy. Twierdzi zatém, że kiła trzeciorzędna występuje u nieleczonych rtęcią rzadko a przypady mózgowe nigdy, u chorych zaś od początku leczonych rtęcią jest łagodniejszą aniżeli u leczonych dopiero od przypadów drugorzędnych *(Recherches statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire.* 1874. *Paris).* Tym wnioskom co do rzadkości kiły trzeciorzędnéj u nieleczonych możnaby zarzucić, że obecnie przeważna większość chorych jest leczoną rtęcią a więc porównanie nierówne.

Według przytoczonych pięciu warunków powinien lekarz szczegółowy przypadek rozważyć i według tego dać pozwolenie małżeństwa albo też takowego odmówić. Jednakże nieprzewidziane wyjątkowe wypadki powinien mieć na uwadze, a zatém ostrożnie wypowiedzieć swe zdanie i zwrócić uwagę chorego na możebne następstwa.

W drugiéj części swych wykładów rozbiera Fournier, jak się ma zachowywać lekarz w obec chorego, który bez jego rady a może pomimo zakazu się ożenił i naraził się na nieprzyjemne następstwa. Tu należą również przypadki, gdzie mąż już nabawił się kiły albo szanker nabyty kilka dni przed ślubem, dopiero po ślubie się pokazał. Przypadki te są jednakie, bo lekarz ma przed sobą męża chorego, który dla utrzymania spokoju domowego ukrywać się musi z chorobą. W takim razie radzi autor energiczne przyżeganie czyto wrzodu czy kłykciny azotanem rtęci i użycie rtęci w powiększonych dawkach np. zamiast 0·05 *protojod. hydrarg.* daje zaraz 0·10—0·15 przez dwa miesiące, poczém po przerwie kilkutygodniowéj przez nowe dwa miesiące wprowadza rtęć, przerywa kilka tygodni i znowu zaczyna itd. Daléj należy uprzedzić chorego o niebezpieczeństwach na jakie naraża żonę bezpośrednio przez zarażenie i pośrednio przez zastąpienie. Inaczéj narazi się lekarz na słuszne wymówki. Aby uniknąć zarażenia żony musi mąż wystrzegać się jéj póki ma choćby najdrobniejszy objaw choroby. Najdrobniejsze zdarcie przyskórka na prąciu, nieznaczny pryszczyk na wardze może być złowrogim dla kobiety. Ponieważ przez zastąpienie nietylko zachodzi niebezpieczeństwo dla płodu ale pośrednio i żonie udzielić się może choroba, przeto lekarz wyrażnie powinien zabronić zapłodnienia żony. Rzecz zapewne trudna do przeprowadzenia w młodém stadle, gdy żona nic nie wie o chorobie męża i pragnie dzieci. Nic nie znaczy, lekarz musi uprzedzić męża o nie-

bezpieczeństwach wynikających z zapłodnienia żony, a w danym razie powinien mu radzić w jaki sposób tego niebezpieczeństwa może uniknąć.

Ale zaszedł wypadek, że żona pozostała nietkniętą od choroby, jest w ciąży, jak się wtedy ma zachować lekarz? Co do męża obowiązywać będą dopiero co przytoczone uwagi, tém bardziéj, że następowe zarażenie żony w wysokim stopniu powiększyłoby niebezpieczeństwo dla dziecka. Ale jak się zachować w obec żony i płodu? Płód może ma kiłę dziedziczną i może zarazić matkę—a więc leczyć matkę zapobiegawczo. Lecz zkąd wiemy, że płód ma kiłę a zkąd pewność, że choroba udzieli się matce? Fournier radził się pod tym względem syfilidologów i znalazł, że zdania ich są podzielone: jedni radzą leczyć zapobiegawczo, drudzy się sprzeciwiają, a inni nie mają zdania wyrobionego. Ricord nie leczy zapobiegawczo, lecz wcale nie potępia tych, co inaczéj czynią. (W obec tego, że wpływ szkodliwy ojca na płód bezpośrednio jest bądź co bądź jeszcze nie rozstrzygniętym należałoby się powstrzymać od leczenia zapobiegawczego. Nawet sama myśl leczenia zapobiegawczego nie trafia mi do przekonania, bo w takim razie lecząc żonę zapobiegawczo, nie potrzebaby żadnych przepisów ostrożności dla męża, a nawet każdy rozpustnik na pewne unikałby kiły zażywając rtęć zapobiegawczo. *Przyp. spraw.*).

Gdy mąż już zaraził żonę postępowanie zdawałoby się łatwe: leczyć oboje. Co się tyczy męża zapewne łatwo przeprowadzić leczenie odpowiednie i kazać mu wystrzegać się ojcowstwa. Ale co do żony najczęściéj mąż wzywa lekarza zobowiązując go na wszystkie świętości, aby przed nią tail nazwę choroby i przyczynę jéj. Obowiązek ten lekarz przyjąć musi i na tém polega trudność położenia, z którą lekarz dokładnie obeznanym być powinien. Położenie to bywa tém trudniejsze dla Fourniera, gdy po ustąpieniu przypadów chora mieni się zdrową a on przez kilka lat ciągle ją leczy. Często też wszystkie wybiegi na nic się nie zdadzą, chora prawdy się dowie.

Jeżeli oboje małżeństwo dotknięci są kiłą a żona brzemienna to wypadek jest najniepomyślniejszy. Dla dziecka rokowanie jest najgorsze, bo albo nastąpi poronienie, albo dziecię przyjdzie na świat nieżywe lub z kiłą dziedziczną. Gdy w ostatnim przypadku dziecko powierzą mamce, wszelkie są warunki po temu, aby się zaraziła, następnie udzieliła chorobę własnemu dziecku, mężowi itd. Jakże zachować się w obec choréj a brzemiennéj, bo nie ulega wątpliwości że męża leczyć trzeba. Przeciwko zadawaniu rtęci brzemiennéj podnoszono, że rtęć wzmaga przypady ze strony żołądka, które podczas ciąży się znachodzą, że wzmaga niedokrewność i sprowadza poronienie. Przypadów ze strony żołądka można uniknąć zapisując przetwór łatwiejszy do strawienia np. *protojod. hydrarg.* albo wcierania. Sprowadzenia niedokrewności nie należy się obawiać, bo rtęć jest właśnie żelazem dla dotkniętych kiłą a mniemanie że rtęć sprzyja poronieniu jest mylném. Wiele kobiet syfilitycznych roni bowiem bez zażywania rtęci a wiele leczonych rtęcią rodzi w swoim czasie. Autor zatém mocno obstaje za leczeniem.

W końcu zastanawia się autor czy dziecko syfilityczne można powierzyć mamce. W żaden sposób, bo zarażenie mamki jest prawie pewném, a od mamki zaraza daléj się może szerzyć, tem bardziéj, że kiła nabyta w inny sposób aniżeli przez spółkowanie pewniéj się udziela, bo się nie zachowuje téj ostrożności zapoznając chorobę. Przytoczę tu tylko jeden przypadek. Dziecię zaraziło mamkę. Mamka mająca dużo pokarmu dała piersi trzem oseskom i takowe zaraziła. Od nich zaraziły się matki, które następnie chorobę udzieliły mężom. A więc w krótkim czasie 10 osób się zaraziło. Lekarz ma możność, ma obowiązek zapobieżenia takim następstwom, nie pozwalając stanowczo na powierzenie mamce dziecka syfilitycznego. Mamką oseska syfilitycznego może być tylko matka własna. Zapewne nieraz trudno będzie nakłonić do tego matkę nieznającą przyczyny, ale tak być musi, chodzi tu nie tylko o to aby zapobiedz udzieleniu się choroby, ale względnie unika się procesów skandalicznych, które wytoczyć może mamka zarażona.

Ale czy w każdym przypadku, gdzie dziecię pochodzi z rodziców syfilitycznych te przepisy dotyczą? Oto cztery przypadki są możebne. Albo matka i dziecko uniknęły choroby męża względnie ojca albo matka i dziecko mają kiłę, albo matka jest zdrową a dziecię ma kiłę dziedziczną albo nareszcie odwrotnie matka jest syfilityczną a dziecię zdrowe. Jeżeli matka i dziecię zdrowe wówczas z karmienia dla żadnéj strony nie grozi niebezpieczeństwo. Jeżeli matka i dziecko chore także nie ma obawy, bo się kiła nie potęguje. A zatém w obu przypadkach bez obawy matka może karmić.

Ale jeżeli matka jest zdrowa a dziecię syfilityczne (przypadki rzadkie, ale przecież się zdarzające), wówczas przecież grozi niebezpieczeństwo matce? Doświadczenie pokazuje, że nie. Blisko 50 lat temu zauważył to Abraham Colles, że dziecię z kiłą dziedziczną nigdy nie zaraża własnéj matki, jeżeli była zdrową. Niewytłómaczony ten fakt znany jako prawo Collesa dotąd się potwierdza. Dziecię takie może jednak zarazić mamkę, a więc tylko matka karmić je powinna, karmić musi. Pozostaje możebność czwarta czy nie grozi niebezpieczeństwo dziecku zdrowemu będącemu u piersi matki syfilitycznéj. I tu rzecz się ma podobnie, matka nie zarazi swego dziecka. Rozumie się, że tu nie należą przypadki, gdzie matka zdrowa porodziła dziecię zdrowe a dopiero późniéj matka lub dziecię nabawiło się kiły. W takim razie udzielenie kiły jest prawidłem. (Że ojciec chory swemu dziecku następowo udzielić może kiłę o tém świadczy na początku przytoczony przykład Mireura). A więc w każdym razie matka powinna karmić swoje dziecię. Pod tym względem lekarz nie może dać innego zezwolenia. Gdy dziecię jest na pozór zdrowe to i wówczas przynajmniéj kilka miesięcy matka karmić musi, bo nieraz dopiero po kilku miesiącach kiła dziedziczna się pojawia. Jeżeli po trzech miesiącach nie ma na dziecku śladów kiły wówczas zdaniem Fourniera można oseska powierzyć mamce, ale trzeba oboje starannie badać.

Oto krótki szkic wykładów Fourniera, które urozmaicił licznymi przykładami i poparł statystyczném zestawieniem swoich przypadków. W wielu miejscach przybiera ton kaznodziei, co się tłómaczy wielką donioslością przedmiotu. Nieprzyjemnie tylko razi w niektórych miejscach, że niemal ignoruje prace poprzedników na tém polu i całą zasługę sobie przypisuje, mówiąc o trudnościach jakie mu się nastręczały na tém polu nieobrobioném. Papier i druk zalecają się bardzo. *(Syphilis et mariage leçons professées à l'hopital St. Louis. Paris.* 1880. *Masson,* in 8-vo 288 str.).

Dr. Bogdanik.

F. A. Grey: **Tężec urazowy, wziewanie chloroformu, wyzdrowienie.**

Wyzdrowienie z tężca urazowego jest dość rzadkie; zasługuje więc taki przypadek na ogłoszenie.

Z przytoczonego przez G. przypadku wyjmujemy następujące szczegóły: James Y. 10-letni chłopiec doznał przez machinę zmiażdżenia palca średniego u lewéj ręki. Dziesięć dni późniéj pojawiły się kurcze szczękowe, mięśni karkowych i plecowych; w cztery dni potém okazywał przy przyjęciu do szpitala stan następujący:

Części miękkie palca średniego lewego posoką przesiąkłe, zmiażdżone; kości członkowe (1go i 2go) pogruchotane, a członek paznogciowy zgorzelinowo zmieniony wisi tylko na ścięgnach. Szczęki prawie nieruchome, dają się zaledwie na $^1/_4$ cala od siebie oddalić; połykanie płynów utrudnione, a każde takie usiłowanie wywołuje kurcze; kręcz tylny wybitny; bóle w dołku żołądkowym straszne; ściana brzuszna naprężona, deszczkowato twarda; mięśnie twarzowe kurczą się także a ztąd *risus sardonicus*. Kurcze są chwilami tak silne, że chory bywa wtedy podrzucony w łóżku z karkiem w tył naprężonym, zęby ściśnięte, wdech zatrzymany, aż do obawy uduszenia, cera twarzy podówczas sina nawet ciemnosina. Palec zmiażdżony odjęto w stawie śródręcznym przy użyciu chloroformu.

Zauważono przytém, że podczas zupełnéj narkozy tężec ustał był natomiast znowu wystąpił gdy skutek narkozy przeminął. Po użyciu chloralu i bromku potas. (z każdego po 0,70) napady tężcowe wprawdzie zrazu wolniały i nie były tak częstemi, lecz wkrótce skutek ten ustał pomimo zwiększenia dawek. Zdecydowano przeto trzymać chorego w narkozie z chloroformu. Miało to ten skutek pomyślny, że pod wpływem zupełnéj narkozy kurcze całkiem ustały, i byłby chory przez kilka godzin wolny od tężca, gdyby po ustaniu narkozy wziewanie na nowo rozpoczęto. W chwilach ustawania narkozy chory spożywał mleko i rosół szybko, gdyż musiano wnet wziewanie na nowo rozpoczynać z powodu ponawiania się tężca, który dopiero po sześciu dniach łagodniejszym i mniéj częstym się stawał; wtedy téż i wziewanie chloroformu mogło być rzedsze, z którém téż stopniowo ustawano; wreszcie po upływie jeszcze kilku dni zaniechano wziewania zupełnie. Drgania lekkie pojawiały się jeszcze przez kilka dni, a w mniemaniu, że takowe mogłyby także pochodzić od glist, zadano chłopcu kilka dawek santoninu poczém takowe odeszły, a drgania ustały. Piętnastego dnia pobytu w szpitalu wypuszczono chłopca zupełnie zdrowego, gdyż w ciągu tego czasu rana zagoiła się przez rychłozrost, a wygląd chłopca wcale nie zdradzał przebytéj niebezpiecznéj choroby. (*The Lancet*. 31 lipca 1880 r.). *Dr. Karcz.*

A. Robertson; **Przyczynek do oznaczenia siedziby zmian chorobowych w mózgu.**

R. na posiedzeniu Towarz. patol. klin. w Glasgowie, którego obecnie jest przewodniczącym, przedstawił chorego mężczyznę lat 28 liczącego, który teoryję o lokalizacyi zmian w mózgu ilustruje: Pacyjent ten upadł był przed 4 laty na tyłogłowie, co go ogłuszyło, poczém wystąpiły zawrót i bóle głowy oraz drgawki do padaczkowych podobne, które to przypadłości ciągle się wzmagały. Napady drgawkowe zwykle rozpoczynały się w lewéj ręce i rozprzestrzeniały się niekiedy do łokcia znikając po upływie dwóch minut; czasem obejmowały one także ramię i lewą boczną część szyi i głowy. W napadach zaś cięższych w chwili gdy drgawki postąpiły ku barkowi, chory tracił świadomość na jednę do dwóch minut. Podczas dłużéj trwającego badania spostrzegł R. trzy razy, że chory nagle wpadał w stan roztargnienia, rozmarzenia, gałki oczne szybko poruszały się z jednéj strony ku drugiéj, przyczém uśmiech wystąpił co się tém tłumaczy, iż chory wtedy doznawał omamu widział on postacie kobiet, stare znajome. Postacie te pojawiały się zawsze z lewéj strony i nie zatrzymywały się dłużéj nad jednę minutę; chory był świadomy, iż to są tylko omamy. Źrenice nie były umiarowe, lewa była mniejsza od prawéj. Kolory dobrze rozróżniał, lecz podczas zawrotu głowy bystrość była na lewém oku znacznie słabszą; słuch także słabszy; podobnież i władze umysłowe okazywały pewne osłabienie. Omamy wzrokowe niekiedy tak były żywe, iż rozwadze trudno było fałszywe te wrażenia sprostować, a pacyjent prawie podobny był wtedy do umysłowo chorego. Przy obmacaniu głowy spostrzeżono po prawéj stronie około dwa cale powyżéj i przed małżowiną miejsce bolesne a ból ten rozciągał się niemal do środkowéj linii. R. zauważa, że przypadek ten popiera teoryję o lokalizacyi ośrodka ruchowego. Ruchy drgawkowe obejmujące głównie lewą odnogę i lewą stronę głowy, wskazują na zajęcie przedniéj części ośrodka ruchowego położonéj na przeciwnéj stronie mózgu, a przestrzeń bolesna czaszki odpowiada właśnie temu umiejscowieniu. Omamy wzrokowe i przytępienie słuchu wskazują nadto, że oprócz sfery ruchowéj inne jeszcze części mózgu są zajęte. Krótkie trwanie i cecha przepuszczająca błędnych wyobrażeń i towarzyszące im drganie gałek (nystagmus) są przypadłościami zajmującemi i wyjątkowemi. R. jest zdania, iż omamy te uważaćby można śmiało za drgawki w dziedzinie specyjalnych zmysłów. *(Brit. med. Journ.* 31 lipca 1880 r.). *Dr. Karcz.*

S. Ringer: **Gliceryna jako środek przypadowy w przypadkach przewlekłego nieżytu żołądka i dyspepsyi.**

S. Ringer, opierając się na licznych doświadczeniach, poleca najgoręcéj glicerynę jako częstokroć nader skuteczny środek znoszący lub zmniejszający: *a)* kwaśne kiśnienie w żołądku; *b)* odbijanie nadmierne gazami; *c)* uczucie zgagi.

Tak w przypadkach, gdzie wszystkie przypady wspomniane występowały równocześnie, jak przeciw każdemu z osobna uważa autor glicerynę za środek wielce pożyteczny. Dawka zalecona wynosi od 4·00 do 9·00 dwa do trzech razy dziennie przed spożyciem pokarmów. W niektórych przypadkach nadto usuwał lek ten bolesność w okolicy żołądka i wymioty, prawdopodobnie jako środek przeciwgnilny, przeszkadzający tworzeniu się ostrych gazów drażniących nadwątloną i drażliwą błonę śluzową żołądka.

Najprawdopodobniejszém jest, że działanie to gliceryny odnieść należy do jéj własności powstrzymywania niektórych form kiśnienia i gnicia. J. Mekulicz *(Archiv f. klin. Chirurgie* B. 22. H. 2, 1878) dowiódł, iż gliceryna przeszkadza gniciu istót azotowych, np. krwi rozcieńczonéj wodą, 2% gliceryny powstrzymywały rozkład na przeciąg 24ch godzin, 10% na pięć dni.

E. Murk (*Virchows Archiv* 1879) doświadczalnie udowodnił, iż 2% do 3% gliceryny zdoła powstrzymać tworzenie się kwasu mlekowego w mleku przez 18 do 24 godzin. Demarquay przechowywał w zupełnie dobrym stanie

mięso i inne tkaniny tak zwierzęce jak roślinne od 6ciu tygodni do dwóch miesięcy w glicerynie.

Mimo to gliceryna nie znosi bynajmniéj działania trawiącego pepsynu i kwasu solnego a tém samém nie nadwątla trawienia. (*The Lancet*, II, 1, 1880). *S. P.*

Wiadomości pomniejsze.

(T. W.) F. N. Otis profesor i chirurg w szpitalu „Charity" w Nowym Jorku używa od 5ciu lat (*The New York med. Journal 5. 1880*) siarczku wapnia (*Calcium sulphid*) sposobem przez Sydney-Ringera podanym a mianowicie po 5 miligr. co 2 godziny lub po 3 miligr. co godzinę na wewnątrz, z bardzo dobrym skutkiem na wszelkie obrzęki zapalne, czyraki duże, zapalenia tkanki podskórnéj itp. i przekonał się, że środek ten bardzo często powstrzymuje ropienie. Na téj podstawie podawał go również chorym na dymienice towarzyszące szankrom i na 18 przypadków w ten sposób leczonych w piętnastu nastąpiło zupełne wessanie dymienic a tylko w trzech przypadkach musiano przystąpić do przecięcia tychże.

Raynaud (*Brit. med. Journal* 31 lipca 1880) zaszczepił był królikowi ślinę z człowieka na wodowstręt cierpiącego, a w 5 dni już zwierzę objawiło tę samą chorobę. Dwa inne króliki, którym ślinę z wodowstrętu pochodzącą zaszczepiono także na wściekliznę zachorowały. Wnosi więc ztąd R. że ślina człowieka na wodowstręt chorego jest jadowita i że należy na ten przedmiot więcéj uwagi zwracać, aniżeli to się dotychczas działo. *Dr. Karcz.*

Beyrand z Libourne (*The Lancet*) przedłożył był niedawno Akademii umiejętności w Paryżu wynik dochodzeń w kierunku osiągnięcia pewnego znaku rzeczywistéj śmierci w przypadkach wątpliwych, i twierdzi, że za pomocą żegadła, gdy ciało jest martwe, albo wcale się strupa nie wywoła lub téż strup jest przeźroczysty i posiada barwę żółtą; gdyby atoli strup miał barwę ciemną lub téż ciemno-brunatną, natenczas z ciała tego życie jeszcze nie ustąpiło. *Dr. Karcz.*

(T. W.) Cotoin lek przeciwbiegunkowy u dzieci. Prof. Pribram w Pradze (*Prag. Wochenschr.* Nr. 30—33, 1880) przekonał się na podstawie licznych doświadczeń od r. 1877 z przetworami cotoinu czynionych, że lek ten jest bardzo skutecznym w biegunkach u dzieci a podawany w dawkach małych począwszy od 0.02 p. d. u dzieci najmłodszych usuwa biegunkę w różnych chorobach w stosunkowo bardzo krótkim czasie; działanie cotoinu zdaje się być przeciwgnilne lub antimikotyczne, a przed innymi środkami przeciw biegunce używanymi posiada cotoin te zalety, że działa skutecznie już w bardzo małych dawkach, że nie przeszkadza trawieniu i nie jest środkiem odurzającym. W wielkiéj ilości przypadków ustąpiła biegunka przy podawaniu cotoinu już po 1—2 dniach częściéj po 4 dniach, a dłuższego czasu wymagała do usunięcia biegunka u dzieci z krzywicą; zgodnie z wynikami innych badaczy widział P. także dobre skutki po cotoinie w biegunce u dorosłych suchotników.

Śmiertelność dzieci chorych na biegunkę jakiegokolwiek początku wliczając w to i krzywicę wynosiła w r. 1879 na 500 chorych 34 przypadki śmierci, zatém 6·7%; podczas gdy w r. 1875 przed stósowaniem cotoinu wynosiła 14·7%.

(T. W.) Na nowy i ważny objaw w przebiegu raka sutkowego zwraca uwagę lekarzy Herbert Snow chirurg w szpitalu chorych na raka (*Lancet* Nr. 24, 1880, *Allg. mediz. Centralzeit.* Nr. 69). Ma nim być zgrubienie kości ramieniowéj po stronie odpowiedniéj cierpiącemu sutkowi, zajmujące górną trzecią część kości, przy ucisku bolesne i łatwo dające się wybadać przez porównanie z kością ramieniową drugiéj strony; czasem występuje po téjże stronie i zgrubienie obojczyka. Objawy wymienione występują prawie równocześnie z obrzmieniem gruczołów pachowych a lekki ból przy ucisku na ramię czują chorzy jeszcze przed wytworzeniem się zgrubienia kości. Badanie kości na zwłokach wykazało zaczerwienienie szpiku kostnego tudzież liczne komórki kuliste w nim zawarte z dużemi ziarnami a w żadnym przypadku nie stwierdzono przerostu kości. Autor uważa dające się wyczuć zgrubienie jako lekkie zapalenie okostny powstające skutkiem osadzania się zarodków rakowatych w rdzeniu kostnym. W każdym przypadku, w którym stwierdzono zgrubienie i ból przy ucisku na kość ramieniową, wystąpiła recydywa po kilku tygodniach albo miesiącach po operacyi a więc objawy te świadczyłyby zawczasu o nieskuteczności miejscowego leczenia.

V. Zapiski lekarskie
ze stulecia XVIgo.

Ze spółczesnego rękopisu łacińskiego
zebrał i przełożył
Prof. Dr. Józef Oettinger.

Pomiędzy rękopisami przechowywanemi w Archiwum Uniwersytetu Jagiellońskiego znajduje się jeden w IVce oznaczony liczbą 69, na którego okładce skórzanéj dziś wytartéj i nieco nadwerężonéj, lecz noszącéj jeszcze ślady dawnéj wytworności, przylepiona jest kartka pochodzenia świeższego z napisem: *Regestrum Supellectilis et Narrativa Collegii maioris ab anno 1507 ad 1754.*

Składa się on ze stronic liczbowanych 365, z papieru grubego, brudno żółtego, wzdłuż drobno prążkowanego.

Treść jest różnorodna i co do czasu i co do saméj osnowy, gdyż w różnych porach różne księga ta miewała przeznaczenie, a do jéj osobliwości należy ten szczególny stosunek jéj części, iż na pierwszych kartkach znajdują się późniejsze zapiski, na dalszych dawniejsze, po nich następują znowu świeższe, a ku końcowi samemu o wiele wcześniejsze a wszystko to poprzegradzane wielu jeszcze kartkami pustemi. Okazuje się za bliższém rozpatrzeniem, że pierwotnie pozostawiono z umysłu na początku kilkadziesiąt kartek pustych, aby na nich zamieścić wspomnienia i ofiary dawniejsze od tych, od których spisywanie zaczęto, a gdy zamiaru tego nie wykonano, ręka późniejsza historyjografa Uniwersytetu mistrza Marcina Radymińskiego w wieku XVII zużytkowała to miejsce wolne, aby wpisać inwentarz przywilejów uniwersyteckich z oznaczeniem półek i szuflad, w których się przechowują. W ten sam sposób korzystano téż późniéj z innych pustych kartek i powciągano wiele urzędowych pism uniwersyteckich z czasu od r. 1645 aż do 1754.

Najdawniejsze zapiski z połowy XVI stulecia poczynają się na str. 29téj, na któréj ręką spółczesną jest tytuł pierwotny taki: *Registrum seu Repertorium totius supellectilis precipue tamen argentee domus Collegii Maioris* [1]) *artistarum studii incliti Cracoviensis donate eidem vel etiam testamentaliter legate per fautores aut confratres ut pote doctores et Magistros vel quosvis alios benefactores ejusdem. Ab anno domini millesimo quingentesimo septimo et paulo supra computando.*

[1]) O kollegijach uniwersyteckich obacz Oettingera: Rys dawnych dziejów Wydz. lek. Uniw. Jagiell. Kraków 1878, ustęp 34.

Wiadomości na następnych stronnicach podane nie ograniczają się atoli do suchego wykazu ofiar, darowizn i sprzętów, lecz zawierają ciekawe szczegóły biograficzne i historyczne, wzmianki o ważnych zdarzeniach i klęskach jak np. o pomorach, pożarach itp. także dość często o chorobach i rodzaju śmierci dobrodziejów. Zebrałem wszystko, co się odnosi bądź do lekarzy, bądź do stosunków zdrowia i jego warunków. Czerpali z tej ciekawej księgi do swych prac historycznych Michał Wiszniewski, Józef Muczkowski i Józef Majer, świadczy o tém zapisek na str. 231 opiewający:

„Dnia 20 października 1841 do historyi Akademii krakowskiéj przez siebie napisanéj (??? wybierał z téj księgi wiadomości Michał Wiszniewski.“ Obok tego własnoręcznego podpisu dodała inna ręka: Vanitas! i owe trzy znaki zapytania; czyja zaś była? wskazuje trzecia, dopisawszy ołówkiem Muczkowski.

Dla wyjaśnienia bliższego stosunków czy to osobistych czy to uniwersyteckich, wzmiankowanych w następnych wyciągach odsyłam do odpowiednich ustępów mojego Rysu dawnych dziejów Wydziału lek. Uniw. Jagiell. Kraków 1878 (osobne odbicie z tomu VI Rozpraw i Sprawozdań Wydziału filol. Akad. umiejętn. w Krakowie).

---

1. Również mistrz Leonard z Dopczyc (de Dopsczicze) bakałarz św. Teologii i prawa kanonicznego darował domowi naczynie srebrne okrągłe jak garnek, zakończył on dni swoje we czwartek w dzień śś. Fabijana i Sebastyjana (20 stycznia) około godziny 22giéj zarażony powietrzem morowém roku pańskiego 1508 (str. 34).

2. Tegoż roku 1527 dnia 1go września o godzinie 8méj czcigodny a znakomity mąż mistrz Michał przezwany Olsna[2]) z powiatu Oleśnickiego (na brzegu dopisano: a Sternbergk) profesor św. Teologii i kanonik kościoła kolegiackiego św. Floryjana na Kleparzu, mąż słynny z ogromnéj nauki scholastycznéj, z życia i obyczajów a niezwykłą obdarzony pokorą schodząc z życia od srożącego się zaraźliwego powietrza testamentem domowi przekazał dwa kubki srebrne wewnątrz pozłacane, na których wyryte znamię: D. Mich. Olsnen. Również na budowę księgozbioru publicznego pięćdziesiąt czerwonych złotych a dla kościoła św. Floryjana tyleż czerwonych złotych darował, którego dusza za pobożny uczynek niechaj łaski używa wiekuistéj (str. 38).

3. Towarzysz tegoż mistrz Stanisław Białkowski bakałarz św. Teologii mający ukończyć wkrótce 4tą księgę *Sententiarum*[3]) zakończył życie zarażony powietrzem d. 25 września (1527) i nie mało ksiąg domowi naszemu pozostawił (tamże).

4. Roku jak wyżéj 1527 dnia 15 listopada wielebny i znakomity mąż mistrz Jan z Oświęcimia zwany Sakranus[4]) św. teologii profesor i kanonik kościoła katedralnego krakowskiego, Alberta, Aleksandra i Zygmunta wzięty spowiednik licząc prawie rok dziewięćdziesiąty zgasł ze zgrzybiałości (*defectu senili* str. 39).

5. Roku pańskiego 1528 dnia 10 lutego o godzinie 14téj wielebny i znakomity mąż mistrz Mikołaj Mikosz z Krakowa[5]) jak wysoki co do ciała, tak miły z nauki i obyczajów, niemniéj obdarzony spraw biegłością, św. teologii profesor i kustosz kościoła św. Floryjana z ciężkiéj choroby po miesiącu podupadłszy na ciele ducha wyzionął i Bogu oddał (str. 39).

6. Roku pańskiego 1516 wielebny ojciec mistrz Maciej z Grodziska zwany Grodzicki[6]) doktor medycyny kanonik kościołów Poznańskiego, Gnieznieńskiego i Krakowskiego zapisał naszemu domowi większego kollegijum dwie poduszki z wierzchu czerwonym agzamitem obite, tudzież dwie zasłony inaczéj oponki poprzetykane zielonomodrą i niebieską a miejscami i czerwoną barwą. Niechaj mu Bóg da spokój wiekuisty (str. 40). (C. d. n.)

²) Muczkowski: *Statuta nec non liber promotionum philosophorum ordinis* 1849, pag. 107, 130.

³) *Sententiarum libri* IV, słynne dzieło teologiczne Piotra Lombarda umarł 1164.

⁴) Muczkowski: Statuta pag. 62, 67. Wiszniewski: Hist. lit. polsk. III 314—316

⁵) Muczk. p. 100, 125, 140.

⁶) Oettinger l. c. 84.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 34 (do 21 sierpnia) ospa nie rozszerzyła się bardziéj w Londynie. Umarło 4, leczyło się w szpitalach 142, świeżo zapadło 30. W Wiedniu i Pradze umarło po 5, w Paryżu 41, w Budapeszcie i Maladze po 6. W Madrycie rozszerzyła się bardziéj ospa i odra. W Pradze szerzy się bardziéj płonica i błonica. Biegunka rzedziéj się zdarza u dzieci ze zejściem śmiertelném. W Madrycie umarło 27 z duru osutkowego. W tygodniu 35 umarło w Krakowie: 2 z ospy, 1 z płonicy, 1 z gorączki połogowéj, 6 z czerwonki a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy (z ul. Kupa l. 24 i z Podgórza); 1 płonicy (z ul. Przesmyk l. 333); 2 krztuśca (z ul. Wielickiéj l. 28 i ze szpitala św. Ludwika); 11 czerwonki.

W tygodniu 35 ospa nie zmieniła się w Londynie. Umarło 3, leczyło się w szpitalach 139, świeżo zapadło 26. W innych miastach bardziéj się rozszerzyła. W Wiedniu umarło 14, w Pradze 7, w Petersburgu 5, w Tryjeście 4, w Budapeszcie 6, w Paryżu 35, w Madrycie 22. Płonica szerzyła się więcéj w Pradze. Odra panuje w Madrycie i Sewilli. Z biegunki umierało wiele dzieci we wszystkich większych miastach. Z duru brzusznego umarło więcéj w Paryżu i Londynie, z duru osutkowego w Petersburgu 10, w Madrycie 34. W pierwszéj połowie lipca umarło z febry żółtéj w Rio de Janeiro 10. W tygodniu 36 umarło w Krakowie: 2 z ospy, 9 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z duru brzusznego, 7 z czerwonki, 1 z róży; a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy (z Kazimierza l. 1); 2 duru brzusznego (z ul. Floryjańskiéj l. 362 i ze Stradomia l. 95); 1 duru osutkowego (z Rząski); 4 czerwonki i 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 34 (do 21 sierpnia) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: w Krakowie 34,3; we Lwowie 26,8; w Warszawie 38,7; w Poznaniu 32,4; w Wiedniu 21,0; w Budapeszcie 39,4; w Pradze 29,4; w Berlinie 29,4; w Wrocławiu 34,3; w Mnichowie 27,3; w Dreźnie 26,2; w Lipsku 24,1; w Bazylei 34,7; w Brukseli 25,8; w Amsterdamie 22,3; w Hadze 23,1; w Paryżu 25,0; w Londynie 21,3; w Kopenhadze 29,2; w Stokholmie 31,6; w Chrystyjanii 30,3; w Odessie 48,9; w Wenecyi 21,8; w Bukareszcie 25,2; w Madrycie 41,5; w Barcelonie 28,6; w Aleksandryi 40,5; w Nowym Jorku 30,1; w Bombayu 27,3; w Madrasie 34,4.

W tygodniu 35 (do 28 sierpnia) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 19,6; w Warszawie 34,8; w Poznaniu 33,2; w Wiedniu 22,9; w Budapeszcie 38,3; w Pradze 33,4; w Tryjeście 36,8; w Berlinie 31,3; w Wrocławiu 36,6; w Mnichowie 26,4; w Dreźnie 30,2; w Lipsku 32,4; w Bazylei 25,5; w Amsterdamie 27,9; w Hadze 20,8; w Paryżu 25,1; w Londynie 21,2; w Kopenhadze 31,8; w Stokholmie 20,7; w Chrystyjanii 27,6; w Petersburgu 38,7; w Odessie 55,0; w Bukareszcie 27,8; w Madrycie 45,2; w Barcelonie 23,6; w Aleksandryi 45,4; w Nowym Jorku 26,9; w Bombayu 24,5; w Madrasie 34,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

(*G*) **Kraków** d. 16 września. Miesiąc wrzesień jest epoką zjazdów lekarskich w różnych krajach, wszystkie więc dzienniki lekarskie wiele poświęcają miejsca opisom. W pierwszéj połowie tego miesiąca odbył się IV międzynarodowy zjazd higijeniczny w Turynie, I kongres laryngologiczny w Medyjolanie, VIII zjazd niemieckiego stowarzyszenia zdrowia publicznego w Hamburgu. W dniu zaś 18 bm. rozpoczyna się 53 zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników w Gdańsku, na który, o ile nam wiadomo, udali się z Krakowa koledzy: Dr. Buszek, prof. Dr. Jakubowski, Dr. Ściborowski i prezes Tow. lekarskiego krakowskiego Dr. Warschauer, który zapowiedział w sekcyi dla medycyny wewn. odczyt o ospie.

(*G*.) Dr. Karcz ze Lwowa zawiadamia nas, iż otrzymał z wyspy Chios prawdziwą *Therebinthina de Chios*, którą Prof. Clay i inni lekarze angielscy ze skutkiem używają w przypadkach raka macicy, sutka, a nawet w przypadkach raka innych narządów, tudzież po operacyjach dla zapobieżenia recydywie. Jeden gram kosztuje 1 złr.

(*G*) **Lwów**. W skutek pęknięcia rury gazowéj w nocy z d. 12 na 13 bm. około godziny 2giéj wybuchł pożar w szpitalu powszechnym na drugiém piętrze wschodniego skrzydła, w którym mieści się oddział Dra Opolskiego i zrządził znaczną szkodę. Ogień, który wybuchł na kurytarzu, szybko dostał się do małéj łazienki i znalazł tam tyle materyjału, że chociaż zaraz spostrzeżony został mimo to w samym zarodzie stłumić się nie dał. Energicznemu ratunkowi straży ogniowéj zawdzięczyć przychodzi, iż z dachu i sufitu spaliła się jedynie trzecia część. Ofiarą katastrofy nie padł nikt ani z chorych ani z ratujących. W obecnéj porze ogólna liczba chorych w szpitalu nie jest wielką bo wynosi koło 350 chorych (kiedy czasami dochodzi do 700), można więc było przenieść około 40 chorych z oddziału Dra Opolskiego do innych oddziałów, czego dokonano pod kierunkiem sekundaryjuszów Dra Hirschlera i Dra Jany oraz przybyłych Dra Opolskiego i dyrektora szpitala Dra Głowackiego. Szkoda jaką zarządził ten pożar jest znaczna, bo mimo że zdołano uratować ruchomości oceniają ją na 20.000 złr.

W dniu 14 bm. rano Cesarz, zwiedzić raczył szpital powszechny, oprowadzany przez Marszałka i Dra Hoszarda, pochwalił porządek w salach i obejrzał téż tę część budynku, która zniszczeniu przez pożar uległa, a w czasie przedstawienia mu urzędników Wydziału krajowego przy sposobności zwiedzania budującego się gmachu sejmowego wypytywał się N. Pan dyrektora Dra Głowackiego o bliższe szczegóły pożaru.

(*G*) **Wiedeń**. Według właśnie co ogłoszonego spisu wykładów odbywać się mających w ciągu zimowego półrocza 1880/1 w Wydziale lekarskim 110 profesorów, docentów i asystentów ogłosiło 179 wykładów względnie kursów.

W ciągu letniego półrocza 1879/80 uczęszczało na wykłady w Wydziale lekarskim 827 zwyczajnych a 164 nadzwyczajnych słuchaczy.

(*G*) **Warszawa**. Zarząd miasta krząta się około zaprowadzenia kontroli mleka na targach miejskich. Dozorcy do kontroli téj przeznaczeni mają się obeznać ze sposobami mechanicznemi badania mleka w mleczarni leczniczéj.

Mianowania i odznaczenia. Prof. anatomii w Uniwersytecie königsbergskim Dr. R. W. Kupfer mianowany został pierwszym zwyczajnym profesorem anatomii i konserwatorem zbiorów anatomicznych w Monachijum, a dotychczas nadzwyczajny prof. anatomii w tymże uniwersytecie Dr. Rüdinger drugim profesorem zwyczajnym tegoż przedmiotu.

Nekrologija. W Bonn zmarł Prof. Dr. Haustein słynny botanik. W Paryżu zmarł Dr. Delpech.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 18: Dra Tigera O fizyjologiczném działaniu Duboiziny.

Redakcyja otrzymała:

Dra Leona ŚWIDERSKIEGO: Ein lethal verlaufener Fall von Scorbut. Inaug. Disertation. Marburg. 1880.

Z powodu choroby Redaktora Przeglądu Lek. obowiązki redaktora objął z d. 15 września r. b. zastępczo Doc. Dr. Grabowski (Rynek Nr. 45).

Dla członków Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego dołącza się: Ustawa Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1⅓ „	4 „	6 „

Kraków, 25 września 1880. № 39. Rok XIX.

TREŚĆ: I. DOMANSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. (C. d.) — II. KOPFF. Ostry gościec stawowy *(Polyarthritis acuta)*. Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu św. Łazarza na oddziale Doc. Dra Pareńskiego w l. 1876–1880. (C. d.) — III. ŚWIDERSKI. Przyczynek do anatomii patologicznéj wylewów krwawych przy szkorbucie. — IV. *Oceny i sprawozdania*: HENSLEY, ARNOLD. MALY. QUINCKE. — *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Odcinek:* OETTINGER. Zapiski lekarskie ze stulecia XVIgo. (C. d.) — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskię.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisal Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

Porażenie połowicze jest następstwem upośledzenia lub zniesienia czynności właściwych ośrodków ruchowych, a przyczyna anatomiczna jego w dwojakim stósunku zostaje do kiły i albo jest zmianą kiłową albo jest tylko następstwem zmiany kiłowéj. Mamy zatém porażenia kiłowe połowicze bezpośrednie i pośrednie czyli następowe.

Lubo nad tymi stósunkami zastanawialiśmy się już dawniéj, ze względu na ważność przedmiotu pozwolę sobie jeszcze kilka uwag dorzucić.

Porażenie polowicze jest po prostu tylko zboczeniem czynnościowém, które jest następstwem zmiany anatomicznéj usadowionéj w pewném miejscu w mózgu bez względu na jej rodzaj.

Jeżeli przeto podczas kiły mózgowéj zmiana swoista kiłowa, np. kilak lub właściwe stwardnienie, zajmuje pewną część mózgu, powstaje porażenie połowicze, które, w najściślejszém tego wyrazu znaczeniu, jest kiłowém, bo jest następstwem fizyjologiczném i bezpośredniém zmiany kiłowéj. Jeżeli przeciwnie zmiana kiłowa, np. w oponach, uciśnie tętnicę doprowadzającą krew do téj części, któréj nadwerężenie pociąga za sobą porażenie połowicze, wtedy oczywiście to porażenie, jako następstwo z początku nieodżywiania a później rozmiękczenia czyli przerwy w odżywianiu pewnéj części mózgu, nie jest skutkiem bezpośrednim zmiany kiłowéj, ale raczéj skutkiem niedostatecznego lub całkiem wstrzymanego dopływu krwi ze strony zmiany kiłowéj może w odległém miejscu, skutkiem, który pojawi się przy każdém wstrzymaniu dopływu krwi tętniczéj z innych przyczyn np. zatoru tętnicy. W ten sam sposób będzie porażenie połowicze zostawać tylko w pośrednim stósunku do kiły, jeżeli powstało skutkiem opisanych zmian kiłowych w tętnicach i wstrzymanego lub przynajmniéj upośledzonego dopływu krwi do pewnych części mózgu. Takie porażenia połowicze zowiemy porażeniami kiłowemi pośredniemi, bo ich przyczyną odleglejszą jest kila a przyczyną bezpośrednią zmiana anatomiczna, przez kiłę wprawdzie wywolana ale nie mająca w sobie nic zresztą kiłowego, kile jedynie właściwego.

Przebieg porażenia kiłowego połowiczego jest dwojaki: albo nagły u chorych, którzy przedtém żadnego zboczenia ze strony mózgu nie okazywali albo poprzedzony innemi przypadami mózgowemi. Przypadki drugiego rodzaju są o wiele częstsze.

Do przypadów poprzedzających porażenie połowicze kiłowe liczymy przedewszystkiém ból głowy ze znakami dawniéj już przez nas podanemi, którémi są: nadzwyczajna gwałtowność, pogarszanie się w nocy, opór przeciw zwykłym środkom, długie trwanie.

Co do ostatniego, ból głowy poprzedzający porażenie, o którym mowa, trwa nieraz do kilku i kilkunastu miesięcy w rzadkich tylko razach kilka dni lub na odwrót kilka lat.

Jestto przypad nadzwyczaj ważny, bo częsty i wybitny, który sam przez się szczególniejszą winien na siebie zwrócić uwagę lekarza, a jako zwiastujący nieraz groźne niebezpieczeństwo skłonić go do rychłéj i energicznéj terapii.

Inne przypady są rzedsze, nie tak też ważne i wybitne, są niemi: zawrót głowy, ogólne osłabienie, zmniejszenie energii władz psychicznych, bystrości wzroku i słuchu, przemijające osłabienie ruchów w odnogach osobliwie tych, które potém mają być porażone, mrowienie, uczucie zimna, bólu, porażenia lub przynajmniéj niedowład mięśniów ocznych osobliwie tych, które zaopatruje nerw okoruchowy, wymioty, osłabienie pęcherza moczowego i popędu płciowego, pomazania nocne itd. W wielu bardzo przypadkach lekkie i przelotne porażenie połowicze jest poprzednikiem porażenia stałego, które w wielu przypadkach opiera się statecznie wszelkiéj nawet najenergiczniejszéj terapii.

Porażenie połowicze kiłowe rozpoczyna się albo nagle

albo powoli. Najczęściéj nagle i to albo atakiem apoplektycznym z utratą oczywiście przytomności i innemi znanemi objawami, co się dzieje w ogólności w kile mózgowéj bardzo rzadko, albo rażeniem wprawdzie także nagłém ale objawiającém się tylko nagłém osłabieniem wszystkich prawie władz fizycznych bez utraty wszakże przytomności, tak że chory nie tylko z samego zaraz początku uchronić się może łatwo od upadku, ale i najdokładniéj jest w stanie późniéj opisać, w jaki sposób uległ porażeniu.

Jeżeli porażenie połowicze rozpoczyna się powoli, chory z początku czuje tylko osłabienie w jednéj połowie ciała, osłabienie to wzmaga się powoli i prowadzi dopiero po jednėm, dwóch lub trzech dniach do porażenia. W niektórych przypadkach postrzegano występowanie porażenia połowiczego częściami, np. w jednym dniu uległa porażeniu noga, w drugim ręka, w trzecim połowa twarzy itd. Porażenie połowicze raz już wystąpiwszy albo okazuje się zaraz w całéj swéj pełni i odtąd bądź się nie powiększa wiele, bądź nawet z biegiem czasu powoli zmniejsza albo przeciwnie wzmaga się co do stopnia i rozległości.

Pod względem właściwych cech porażenia, o którém mowa, ściśle biorąc nie ma ani jednéj, któraby wyłącznie porażenie połowicze kiłowe odznaczała, jeżeli jednak przypatrzymy się uważnie znaczniejszéj liczbie odpowiednich przypadków, dostrzeżemy między niemi rozmaite przypady częściéj od innych powtarzające się, a zatém lubo kile niewłaściwe, przecież w porażeniach kiłowych częstsze niż w porażeniach połowiczych z innéj przyczyny. Przypadami temi są: pod względem ruchu niezupełność porażenia co do stopnia. Porażenie kiłowe absolutne jest bardzo rzadkie. W znacznéj stósunkowo liczbie widziałem tylko jedno a i to powoli przemieniło się w porażenie niezupełne. Daléj porażenie bardzo lekkiego stopnia, tak że je zaledwie wprawne oko lekarza dostrzega tém więcéj, że chorzy nie uskarżają się nieraz wcale na niedowład tylko na pewne osłabienie, pewną niezręczność i sztywność w ruchach. Nakoniec porażenie połowicze kiłowe co do rozległości najczęściéj bywa tylko częściowe, nagabując w bardzo nierównym stopniu twarz, odnogę dolną i górną tak, że gdy w jednéj z tych trzech części porażenie może być znacznego nawet stopnia, w innych zaledwie dostrzegać się daje. Według moich postrzeżeń najczęściéj i najmocniéj ulega porażeniu odnoga górna, rzadziéj twarz, najmniéj noga, coby do pewnego stopnia, oczywiście wszakże nie charakterystyczną, stanowiło różnicę od porażenia połowiczego skutkiem krwotoku, gdzie także najmocniéj podlega porażeniu ręka ale za to twarz w niskim zazwyczaj stopniu i na krótki tylko czas okazuje znane powszechnie skrzywienie.

Zboczenia w zakresie czucia nie trafiają się ani tak często ani w tym stopniu co zboczenia w ruchu właśnie co omówione. W wielu przypadkach nawet ciężkich ukazują się tylko na krótki czas, w innych występują wprawdzie połowiczo ale nie dosięgają wysokiego stopnia i łatwo przy powierzchownem badaniu ujść mogą uwadze. Rzadko bardzo obserwowano czucie przewrotne, gdzie chorzy ciepło brali za zimno i odwrotnie.

Zboczenia psychiczne towarzyszą najczęściéj porażeniom połowiczym kiłowym; w wielu atoli przypadkach brakuje ich całkowicie. Co do rodzaju są one najrozmaitsze, przeważnie atoli polegają na obniżeniu władz psychicznych jak zmniejszeniu pamięci i pojętności, zmniejszeniu energii i szybkości myślenia, osłabieniu logicznego związku tak między słowami jak i czynami, obojętności na to, co zwykle chorych zajmowało i zajmować było powinno itd.

Zboczenia psychiczne albo poprzedzają porażenie połowicze albo dopiero wraz z niém się rozwijają. Pod względem stopnia przedstawiają nader wielką rozmaitość i gdy w jednych przypadkach nabierają znaczenia ciężkiéj choroby umysłowéj, w drugich są jakby tylko dodatkiem do porażenia, w innych wreszcie tak są nieznaczne, że podpadają uwadze tylko tych osób, które dawniéj dobrze chorych znały, a tém samém mogą ocenić zaszłą w ich życiu psychicznėm zmianę.

Prócz tych najrozmaitsze inne jeszcze zboczenia czynnościowe ze strony układu nerwowego towarzyszyć mogą przerzeczonym porażeniom kiłowym; wymienimy tu tylko ważniejsze: opóźnienie w oddawaniu stolca, osłabienie pęcherza moczowego, zniknienie lub zmniejszenie popędu płciowego, według moich postrzeżeń częste porażenie mięśniów ocznych, mianowicie zależnych od nerwu okoruchowego osobliwie mięśnia podnoszącego powiekę górną i zwężającego tęczówkę, skurczenia mięśniów porażonych w odnogach osobliwie w górnéj, porażenie odnóg dolnych jako przypad zmiany w rdzeniu pacierzowym.

Pod względem tak naukowym jak i praktycznym bardzo ważném jest pytanie, czy porażenie kiłowe połowicze ma w sobie coś właściwego, poczémby je poznać i od porażeń połowiczych z innéj przyczyny na pewne odróżnić można. Ponieważ porażenie połowicze, jak każde inne zboczenie czynnościowe w układzie nerwowym, jest wyrazem nie rodzaju, lecz tylko miejsca zmiany anatomicznéj, przeto już z góry w porażeniu połowiczém kiłowém nie można się bezwarunkowo niczego spodziewać, coby temu porażeniu wyłącznie było właściwego, coby je cechowało.

Jeżeli zatém w porażeniu samém nie ma nic, coby mogło wyłącznie należeć do kiły, zapytajmy się, czy w przebiegu czy w zbiorze przypadów czynnościowych towarzyszących porażeniu połowiczemu nie ma czegoś, po czémby z pewnością lub przynajmniéj podobieństwem do prawdy można rozpoznać kiłową naturę porażenia. Pod tym względem uczy doświadczenie, iż przed porażeniem połowiczém kiłowém nie zawsze wprawdzie lecz przynajmniéj bardzo często pojawiają się zboczenia czynnościowe, któreśmy już dawniéj odnieśli do kiły, a temi są ból głowy o pewnych znamionach, porażenia przelotne, napady epileptyczne, objawy, które wprawdzie ukazać się mogą przed porażeniem i z innych przyczyn, które atoli najczęściéj są objawem kiły mózgowéj, a zatém wystąpiwszy przed porażeniem połowiczém nasuwają zaraz podejrzenie kiły.

W samém porażeniu zasługuje na uwagę wystąpienie tego zboczenia bez napadu apoplektycznego, z zachowaniem przytomności lub powolne powiększanie się porażenia, nakoniec jego niezupełność tak co do stopnia jak i rozległości z jednéj strony, a z drugiéj pojawienie się pewnych przypadów, że się tak wyrazimy dla porażenia połowiczego zwykłego zbytecznych, jak mianowicie porażenia mięśniów ocznych, przypadów jakoby rdzeniopacierzowych co wszystko sprawia, że te porażenia nie są czyste. Jeżeli takie przeto porażenie połowicze porównamy z porażeniami połowiczemi, np. w krwotoku do mózgu lub zatorze tętnicy, pokaże się zaraz w statystyce różnica, bo w tych chorobach porażenie połowicze najczęściéj bywa czyste; co do stopnia swego w różnych częściach porażonych według pewnéj reguły różne i tak stereotypowo powtarza się to, że porażenie ręki

jest najcięższe, łżejszém nogi, najłżejszém twarzy. Różnica pod tym względem od porażeń połowiczych zwykłych równie jak obecność przypadków „zbytecznych“ bardzo przeto mocno przemawiają za kiłą, która właśnie z powodów swych stosunków anatomicznych, na wstępie do niniejszéj pracy omówionych, może być powodem tak odmiennych porażeń połowiczych.

Daléj za naturą kiłową danego porażenia połowiczego przemawiają poprzednie objawy kiły, obecność innych zboczeń kiłowych, osobliwie w skórze, kościach, jądrach, wiek chorego i do pewnego stopnia leczenie.

Przejdźmy po kolei te okoliczności.

Poprzednie objawy kiły badaniem przedmiotowém zazwyczaj trudne są do wyśledzenia, bo co najwięcéj można znaleść np. na częściach płciowych tylko ślady i to wątpliwe przebytéj kiły; trzebaby przeto spuszczać się na anamnezę, a co pod tym względem znaczą zapewnienia, zaręczenia, zaklinania się chorych, wiadomo dobrze każdemu lekarzowi praktycznemu. Na poprzednie przeto objawy kiły w rzadkich tylko i wyjątkowych przypadkach można coś rachować.

Bez porównania ważniejsza jest obecność obok porażenia połowiczego innych zmian kiłowych: tylko że ta obecność nie jest tak częsta, jak to podaje Heubner. Na podstawie moich postrzeżeń mógłbym nawet bez przesady powiedzieć że przypadki porażenia połowiczego obok zmian innych kiłowych są w mniejszości. Tam gdzie są, mamy ważny powód do przypuszczenia, iż dane porażenie połowicze polega na kile, oczywiście uwzględniwszy dokładnie wszystkie inne okoliczności z badania przedmiotowego wypadające; tam zaś gdzie ich nie ma tak bezwarunkowo na téj tylko podstawie kiły nie wyłączymy. Pamiętać także o tém należy, że porażenie połowicze trafić się może bez wpływu kiły u kiłowego i że zatém obecność innych objawów kiły sama przez się nie wystarcza do uznania za kiłowe porażenia połowiczego.

Szczególniejszego znaczenia jest wiek chorych. Jak wiadomo, zwykłe porażenia połowicze trafiają się najczęściéj w wieku późniejszym, po 50 roku życia. Przyczyna tego zjawiska, dostatecznie przez statystykę stwierdzonego, tkwi w tém, że porażenia połowicze są najczęściéj skutkiem krwotoku do mózgu, a krwotok ten następstwem przedewszystkiém chorobowych zmian w tętnicach, które rozwijają się i doprowadzają do pęknięcia naczynia dopiero w wieku późniejszym.

Porażenia połowicze skutkiem zatoru w tętnicach są rzedsze wprawdzie, ale średnio pojawiają się w wieku wcześniejszym niż krwotoki do mózgu a to dla tego, że są następstwem zazwyczaj wad serca, a te znów skutkiem gośćca stawowego, który wprawdzie pojawia się zazwyczaj poraz pierwszy we wieku młodszym, lecz prowadzi do wad, które są powodem embolii zazwyczaj po jakiémś dopiero czasie. Zresztą wykazanie wady serca odpowiedniéj w porażeniu połowiczém zwykłém przemawia bardzo za emboliją jako przyczyną. Wyłączywszy zatém przypadki jasne za zasadę przyjąć można, że. jakeśmy to już powiedzieli, porażenia połowicze zwykle rozwijają się dopiero w wieku późniejszym. Otóż wprost przeciwnie dzieje się z kiłą, jak tego dowodzi najlepiéj statystyka przez Fourniera na 60 przypadkach zebrana, według któréj porażenie połowicze wystąpiło 26 razy między 21. a 30. rokiem życia, 25 razy między 31. a 40. rokiem życia, 7 razy między 41. a 50. r. a tylko 2 razy w 58. roku a zatém z porażeń połowiczych kiłowych przypada 85% przed 41. rokiem życia wtedy, kiedy porażenie połowicze zwykłe liczy się do wyjątków. Słusznie też mniema Fournier, że każde porażenie połowicze przed 45. rokiem życia najpodobniéj do prawdy polega na kile i to tém więcéj, im młodszym jest chory niém dotknięty.

Ostatnia okoliczność nakoniec i wpływ terapii ma także pewne znaczenie dyjagnostyczne, lubo nieco *post festum*. Jeżeli terapija antysyfilityczna skutkuje, podejrzenie kiły nabywa wielkiego podobieństwa do prawdy a to z następujących powodów: porażenia połowicze zwykłe polegają ostatecznie najczęściéj na zniszczeniu anatomiczném pewnéj części mózgu, a następnie zniesieniu jéj czynności fizyjologicznéj. Tak bywa najczęściéj i przy krwotoku do mózgu i przy zatorze tętnicy. Porażenie połowicze przeto jest objawem po prostu zniszczenia pewnéj partyi mózgu. Wpływ więc terapii w takich przypadkach jest stosunkowo bardzo mały i doświadczenie uczy, że porażenia takie zostawione samym sobie albo zupełnie takiemi samemi nadal zostają, jakiemi były od początku, albo zmniejszają się do pewnego stopnia tak co do mocy jak i rozległości, ale doszedłszy raz do pewnego, względnego bardzo polepszenia, wreszcie statecznie opierają się wszelkiéj terapii, co łatwo pojąć zważywszy na zmianę anatomiczną. Inaczéj rzecz się ma z porażeniami połowiczemi kiłowemi: jeżeli one są następstwem i wyrazem bezpośrednim zmiany kiłowéj, dostępne są terapii zarówno ze zmianami kiłowemi w innych organach; dla tego skuteczność leków przeciwkiłowych nie możebna np. przeciw zniszczeniu mózgu, czy przez krwotok czy przez przerwę w odżywianiu skutkiem zatoru w tętnicy, może się świetnie objawić w porażeniach kiłowych właściwych, a tém samém obok innych okoliczności przemówić mocno za naturą danego przypadku. Tyczy się to atoli tylko porażeń połowiczych wywołanych bezpośrednio przez zmianę kiłową; porażenia na pozór takież same, lecz wywołane dopiero przez następstwa zmiany kiłowéj, nie różnią się niczém od porażeń zwykłych i dzielą z niemi smutny przymiot niedostępności dla obecnéj terapii. Nakoniec bywają i takie przypadki, gdzie zmiana bezpośrednia kiłowa opiera się stanowczo nawet najenergiczniéjszemu leczeniu antysyfilitycznemu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Ostry gościec stawowy. (*Polyarthritis acuta*).

Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu św. Łazarza na oddziale Doc. Dra Pareńskiego w l. 1876—1880.

Opracował Dr. Leon Kopff.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38.)

Co się tyczy trwania gośćca, to w naszych przypadkach znajdujemy nader wielką rozmaitość. W jednych, nie zbyt częstych, przypadkach napotykano tylko mierne obrzmienie dwóch lub trzech stawów, a nawet tylko bolesność, które już w ciągu tygodnia przechodziły w rekonwalescencyję. Najczęściéj zdarzały się przypadki z trwaniem trzech do czterechtygodniowém. W tych występowało albo równocześnie zajęcie kilku stawów, lub z ustąpieniem przekrwienia w jednym zmiany przechodziły do drugiego stawu. Gorączka zwykle dochodziła tu 39,5° i najczęściéj, malejąc z każdym dniem, ustępowała po tygodniu lub dniach dziesięciu. Wcale jednak nie rzadkiemi były przypadki, w których

choroba przeciągała się przez tygodnie (5 do 8 i więcéj tygodni). W przypadkach takich zmiany zwykle rozpoczynały się nieznacznie w jednym lub dwóch stawach, następnie cierpienie przenosiło się na inne stawy, nie opuszczając jednak stawów pierwotnie zajętych. Niekiedy choroba zdawała się po kilkunastu dniach ustępować zupełnie, chyżość tętna znacznie malała, ciepłota powracała do prawidła, ilość moczu była większą, apetyt powracał, gdy po paru dniach polepszenia znów nastawało podniesienie ciepłoty, a powracały bolesność i obrzmienie stawów. W tych przypadkach rekonwalescencyja następowała zwolna, chorzy byli zwykle wychudli, anemiczni, częstokroć dawał się słyszeć, późniéj znikający, szmer dmuchający nad koniuszkiem serca, a nie rzadko także i nad żyłami szyjnemi. W bardzo nielicznych wreszcie przypadkach, choroba przybierała cechę przewlekłą.

To co się powiedziało dotyczy przypadków przebiegających bez powikłań. W przypadkach zaś z powikłaniami, przebieg znacznie się przedłużał. Miało to miejsce szczególniéj w razie wystąpienia zapalenia osierdzia. Z innych powikłań zapalenie płuc nader przewlekało czas trwania gośćca. W czasie pojawienia się zap. płuc zajęcie stawów albo zupełnie ustępowało albo znacznie zwalniało, z ukończeniem się komplikacyi jednak zmiany w stawach występowały zwykle znów z większém natężeniem.

Nie ma może choroby, któraby miała tak wielką skłonność do wikłania się z chorobami narządów wewnętrznych, jak ostry gościec stawowy. Z powikłań tych najczęstszemi i najważniejszemi są zapalenia serca, tak *Pericorditis*, *Endocarditis*, jakoteż jak się zdaje, towarzyszące każdéj z nich w niższym lub wyższym stopniu, *Myocarditis*. Częstość tych powikłań według różnych autorów jest nader różną. Ta niezgodność statystyk i rozmaitość zapatrywań zależy nie mało od trudności rozpoznania. Często dla niejednego lekarza szmer skurczowy lekki, lub niewyraźne tarcie, wystarcza do rozpoznania zajęcia serca [1]) (a wiadomo, jak często w gośćcu występują dmuchające szmery, nie wywołane zmianami anatomicznemi), podczas gdy kto inny, prócz tych objawów będzie jeszcze wymagał powiększenia wymiarów serca, lub przynajmniéj wzmożenia się objawów przysłuchowych i dłuższego ich trwania. Zapewne nie bez wpływu jest tu także, już dawniéj dostrzegany fakt, że w *Polyarthritis acuta*, niekiedy powikłania z chorobami serca występują szczególniéj często w pewnych czasach i okolicach tak, że trzeba się chyba i w tym razie uciec do wygodnego tłumaczenia i przypuścić jakiś *genius epidemicus* i *endemicus*.

Statystyka przypadków przezemnie zebranych, zgadza się po największéj części z liczbami podanemi przez Wunderlicha, Leberta i Bambergera [2]) Powikłania z zapaleniami serca w 116 moich przypadkach wystąpiły 30 razy, tj. w 25.8%. Szczegółowo przypada z tego na *Endocarditis* 4,3%, na *Pericarditis* 12%, na *Endocarditis* wraz z *Pericarditis* 9,5%. Powikłania te nie dotyczyły w jednakowym stopniu obu płci, lecz o wiele częściéj występowały u niewiast. Z 30 przypadków zapaleń serca tylko 12 przypada na mężczyzn, reszta zaś 18 tj. o jednę trzecią część więcéj przypada na kobiety. Tak *Endocarditis* jak *Pericarditis*, jak i *Endo-Pericarditis* również częściéj się u kobiet wydarzały. I tak: z 5 przypadków *Endocarditis* przypada dwa na mężczyzn, trzy zaś na kobiety; z 14 przypadków *Pericarditis*, przypada pięć na mężczyzn, dziewięć zaś na kobiety; z 11 przypadków *Endo-Pericarditis*, przypada pięć na mężczyzn, sześć zaś na kobiety. Jakiby był powód tego nie równego rozdziału nie mogłem dociec, jak również nie mogłem nigdzie w literaturze wzmianki o tém znaleść.

Również i wiek ma wielki wpływ na powstawanie powikłań z zapaleniami serca. Na rzecz tę już wielu autorów zwracało uwagę. Większa ich część zgadza się na to, że powikłania te najczęściéj powstają w wieku pokwitania [1]). I obserwacyje moich przypadków, nie wiele odstępują od tych spostrzeżeń. Z 30 przypadków przypada 10 na wiek do 20 lat, 9 przypadków dotyczy ludzi w wieku między 20. a 30. rokiem życia, 4 przypadki przypada między 30 a 35 łat, w sześciu zaś przypadkach nie było można stwierdzić, w jakim wieku po raz pierwszy powikłanie powstało.

Nie mogę potwierdzić zdania niektórych lekarzy (między nimi Bouillauda l. c.), że zapalenia serca szczególniéj w tych przypadkąch powstają, w których jest zajętą znaczniejsza liczba stawów. I owszem, z naszych przypadków mógłbym wiele podać historyj chorób, gdzie tylko jeden lub dwa stawy bywały zajęte, a mimo to powikłanie występowało. W jednym nawet przypadku chory skarżył się tylko na silny ból w ramieniu, a badanie ramienia, prócz miejscowego podniesienia ciepłoty skóry i lekkiego jéj zaczerwienienia nic innego nie wykazywało, a mimo to rozwinęło się zapalenie osierdzia.

Za to muszę tu potwierdzić zdanie Reevesa (*Schmidt's Jahrb. Bd.* 161, str. 129), że zmiany w sercu najczęściéj występują po zajęciu stawów odnóg górnych (według Reevesa głównie *Pericarditis)*. W 30 przypadkach powikłań z zapaleniami serca, mojego zestawienia, w 8 przypadkach były zajęte wyłącznie tylko stawy odnóg górnych, w 10 przypadkach przeważnie stawy ramieniowe, łokciowe i nadgarstkowe, w 6 przypadkach zmiany chorobowe dotyczyły na równi tak stawów odnóg górnych jak i dolnych, w 4ch przypadkach były tylko odnogi dolne zajęte, w dwóch zaś przeważnie dolne.

---

[1]) Bouillaud powiada że w przypadkach gwałtowniejszych, w obec zajęcia większéj liczby stawów, powstawanie *Endocarditis*, rzedziéj *Pericarditis* jest prawie regułą.

[2]) Bouillaud w 74 przypadkach ciężkiéj *Polyarthritis* miał 64 powikłań z zapaleniem serca, między 40 letniemi tylko raz. Budd między 43 przypadkami miał 21 przypadków zapaleń serca tj. 48·8%. Fuller w 39 przypadkach 7 razy (17, 9%). Wunderlich podaje częstość powikłań na 23.6% a mianowicie *Pericarditis* w 6,4%. *Endocarditis* w 2,9% zaś w 14,3% *Endo- i Pericarditis* razem. Bamberger podaje w swéj obszernéj pracy o chorobach serca dla *Pericarditis* niespełna 14% dla *Endocarditis* najwyżéj 20%. Dickinson w 161 przypadkach znalazł 36 razy (22·4%) powikłania z chorobami serca. Lebert (l. c. S. 977), podaje 25 do 30% na komplikacyje z zapaleniami serca. Mayer opisuje z kliniki Frerichsa 35 przypadków reumatyzmu, a w tych wystąpiła 7 razy *Pericarditis*, 1 raz *Endocarditis*, 4 razy *Endo-Pericarditis*, w ogóle zapalenia serca w 34,3%. Senator miał między 50 przypadkami z prywatnéj praktyki tylko 10,7% powikłań, Ormerod dla saméj *Pericarditis* podaje 37,3%.

[1]) Podług Senatora przypada w tym wieku prawie 1/3 wszystkich powikłań z chorobami serca przy *Polyarthritis acuta*. Vernay podaje nawet, że w 22 przypadkach *Endocarditis*, powstałéj przy *Polyarthritis*, 21 przypadków przypada na ludzi między 14. a 20. rokiem życia.

Zapalenie serca nie zawsze występowało na szczycie rozwoju gośćca, lecz czasem już w pierwszych dniach choroby. W siedmiu przypadkach nawet nie było można rozstrzygnąć z wywiadów, czy pierwéj powstał ból w stawach czy téż bicie serca i kłucie w boku lewym, bo chorzy podawali, że nagle, zwykle po dreszczach, dostali gorączki a nieco później bólów w stawie jednym lub drugim, kłucia w boku lewym i bicia serca, a w toku tego dopiero zauważali obrzęk stawu i zaczerwienienie otaczającéj skóry.

Pericarditis w lekkich przypadkach przechodziła zwykle w 14 dniach w okres rekonwalescencyi, częściéj jednakże trwała 5 do 6 tygodni, a w niektórych przypadkach i dłużéj.

W końcu nie mogę pominąć przytoczenia wymownych liczb méj statystyki, na poparcie wyżéj wzmiankowanego twierdzenia, że komplikacyje z chorobami serca występują niekiedy w ostrym gośćcu, jak gdyby pod wpływem jakiegoś *genius epidemicus*. I tak w r. 1876 mieliśmy 17 przypadków gośćca, a między temi 5 powikłanych z chorobami serca. W r. 1877 na 39 chorych wypada 10 przypadków powikłań, a z tych prawie polowa, bo cztery przypadki, na miesiąc kwiecień, chociaż w miesiącu tym było wszystkich chorych tylko pięciu. Jeszcze w jaskrawszém świetle rzecz ta przedstawia się w latach następnych. W r. 1878 było na 29 przypadków *Polyarthritis* tylko pięć z powikłaniem. Za to w r. 1879 na 24 chorych podległo dziesięciu zapaleniom serca. Dla dokładniejszego uwidocznienia, w jaki sposób w tym roku przypadki, powikłane z chorobami serca, rozkładały się na pojedyńcze miesiące, i w jakim stosunku zostawały do ogólnéj liczby chorych, umieszczam następne zestawienie:

W miesiącu	Ilość chorych na *Polyarthritis*	Ilość komplikacyj ze strony serca	Wypada na 100 komplikacyj
styczniu	3	1	33.30
lutym	6	4	66.60
czerwcu	5	3	60.00
lipcu	2	0	0
sierpniu	5	1	20.00
wrześniu	2	0	0
grudniu	1	1	100.00

Po komplikacyjach z zapaleniami serca najczęściéj występują w gośćcu powikłania z **zapaleniem płuc i opłucny**. Zapalenia opłucny mają się o wiele częściéj wydarzać niż zapalenia płuc. **Lebert** podaje co najmniéj 10% na zapalenia opłucny, o wiele mniéj zaś na zapalenia płuc. Zapalenie opłucny dotyczy zwykle lewéj strony i przechodzi najczęściéj następowo z osierdzia.

Statystyka moich przypadków różni się w tym względzie tak co do częstości zapalenia opłucny i płuc, jak i co do stosunku jednego zapalenia do drugiego. W 116 przezemnie zebranych przypadkach, znalazłem tylko raz zapalenie opłucny po stronie lewéj, które przyłączyło się następowo do zapalenia osierdzia. Być może, że ten tak mały procent (0.86%) *Pleuritis* w mojém zestawieniu polega na tém, że *Pleuritis* rozpoznawano dopiero na podstawie wybitnych zboczeń fizycznych, jakie ze sobą wypocina sprowadza. Innym lekarzom wystarcza tymczasem do rozpoznania kłucie w boku i bolesność w międzyżebrzach. Z resztą każdemu wiadomo, jak trudném jest rozpoznanie niskiego stopnia zapalenia opłucny w ogólności, a szczególniéj u chorych na ostry gościec, dla których każde poruszenie jest tak bolesném, gdy przytém, perkusyja nie wykazuje żadnych zboczeń, a na usłyszeniu niewyraźnych objawów tarcia nie zawsze na pewne polegać można.

O wiele częściéj niż zapalenie opłucny spotyka się w naszych przypadkach zapalenie płuc. Wystąpiło ono w trzech przypadkach tj. 2·59 %, raz po stronie prawéj, raz po lewéj, raz po obu stronach. W przebiegu zapalenia płuc niezauważono nic szczególnego lub odróżniającego je od przebiegu zwykłéj *Pneumonia crouposa* [1]). Jeden przypadek zapalenia po stronie lewéj skończył się śmiercią w piątym dniu choroby, pośród objawów zapadu.

Dziwnym zbiegiem okoliczności w przebiegu dwóch przypadków zapalenia płuc rozwinęła się róża, raz jako *Erysipelas migrans capitis et colli* (przebieg pomyślny), drugi raz jako *Erysipelas antibrachii sinistri.*

Z kolei rzeczy wspomnieć mi wypada o powikłaniach z cierpieniami skóry. Skóra w gośćcu, w czasie trwania gorączki, pokryta jest mniéj lub więcéj potem właściwéj woni kwaśnéj i takiegoż oddziaływania. Skutkiem potów bardzo często występują różne wysypki, zaliczane przez niektórych autorów do powikłań. Do tych należy potówka, polegająca na prostém, pęcherzykowatém podniesieniu przyskórka, daléj bardzo często *Miliaria rubra*, rzedziéj zaś *Miliaria crystalina.* Prócz tych wysypek, zostających w związku z poceniem się skóry, spotyka się w o wiele rzedszych przypadkach wysypki powstające, jak się zdaje, skutkiem tych samych przyczyn, które zmiany w stawach wywołują. Wysypki te mogą powstawać tak na miejscach bliskich stawów, jak i w innych okolicach skóry i przybierają jeszcze najczęściéj cechę *Erythema exsudativum* lub *Herpes* (szczególniéj *labialis*), rzedziéj zaś występują w postaci *Urticaria*, lub jeszcze rzedziéj *Purpura haemorrhagica.* W przypadkach przezemnie zebranych, pomijając częste występowanie *Sudaminae, Miliaria rubra, crystalina* napotkałem jedno powikłanie z pokrzywką. Powikłanie to nie przedstawiało w swym przebiegu nic szczególniejszego. W innym przypadku zmiana na skórze wystąpiła w postaci *Erythema exsudativum.*

Przebieg i powstanie téj drugiéj komplikacyi pozwolę sobie pokrótce opisać, a to ze względu na dość ciekawe rozpoczęcie się całéj choroby naprzód zmianami na skórze a w dalszym dopiero przebiegu wystąpieniem zmian w stawach.

L. G., zecer lat 36 mający, po kąpieli wiślanéj dostał dreszczów, gorączki i palenia w skórze. W dwa dni potém przybył do szpitala. Badanie wykazało: budowa i odżywienie dobre, ciepłota 38·7°, tętno 96. Skóra na przedniéj

[1]) **Marmonier** *(Lyon Médical* Nr. 17. *Hirsch-Virch. Jahresb.* 1873. II. S. 314), uważa przebieg zapalenia otrzewny, jakotéż zapalenia płuc, występujących jako powikłanie ostrego gośćca, za odrębne i charakterystyczne. Zapalenie płuc w gośćcu ostrym występuje według niego nagle, zajmuje od razu znaczną część płuca jednego lub obu, i nie ma skłonności do szerzenia się na miąższ okoliczny. W czasie zapalenia nasilenie choroby stawów znacznie się zmniejsza.

i zewnętrznéj stronie odnóg dolnych, po zewnętrznéj górnych i na grzbiecie zaczerwieniona, miejscami pozbawiona przyskórka, w kilku miejscach pęcherzyki wypełnione cieczą przeźroczystą. W następnym dniu powstaje obrzmienie i bolesność kolana prawego. W trzecim dniu pobytu w szpitalu przyskórek zaczął się w miejscach zaczerwienionych łuszczyć, *Erythema* blednąć. Powstał obrzęk kolana lewego. W czwartym dniu pobytu w szpitalu, a szóstym choroby, zmiany na skórze ustąpiły prawie zupełnie, za to prócz wyżéj wymienionych stawów gościec zajął stawy: barkowy lewy, obydwa skokowe i nadgarstkowy prawy. Dalszy przebieg nie różni się od zwykłego przebiegu gośćca ostrego; żadne powiklanie z zajęciem narządów wewnętrznych nie wystąpiło.

Z innych powikłań znajduje się w 116 moich przypadkach: jeden przypadek *Abscessus periarticularis brachii,* drugi przypadek powikłany z *Periostitis ossium metacarpi dextri,* która rozwinęła się przy zajęciu i obrzmieniu znacznem stawu nadgarstkowego, w końcu trzeci przypadek komplikacyi z *Tendo-vaginitis.* Żaden z tych przypadków nie odznaczał się niczém charakterystycznem w swoim przebiegu, dla tego poprzestaję na pobieżném ich wspomnieniu.

W żadnym z 116 przypadków nie zauważano powikłań z chorobami narządów centralnych nerwowych, czy to w postaci *Meningitis spinalis* lub *cerebralis,* czy to w postaci owych tak często występujących w chorobach zakaźnych objawów chorobliwych układu nerwowego, a dla których nie można wykazać żadnéj anatomicznéj podstawy. Również w żadnym przypadku niezauważono powstawania jakiegokolwiek zboczenia w sferze umysłowéj.

Polyarthritis, pominąwszy powikłania, nie należy wcale do chorób groźnych. Zejścia śmiertelne w ogólności są rzadkie, i o wiele częściéj występują skutkiem powikłań niż skutkiem samych zmian w stawach, choćby te znacznego dochodziły stopnia. Raymond (J. Vogel *in Virchows Hndb. d. Spec. Pathol. u. Therap.* I, S. 485) w swéj statystyce z obserwacyi 390 chorych ocenia śmiertelność na 3·3%, Haygarth (*A clinical history of acute rheumatism,* 1806) na 7·1%. Inni autorowie zgadzają się po największéj części z Raymondem: jak np. Lebert (*Klinik des acuten Gelenkrheumatismus* 1860) podający śmiertelność na 3%, Roth na 3·7%, Senator (Ziemssena *Handb. der Spec. Path. u. Therap.*), w swoich 56 przypadkach na 3·6%, Pye-Smith [1]) w 400 przypadkach na 4·5%.

W moich 116 przypadkach zejście śmiertelne nastąpiło u trzech chorych, tj. w 2·59%. Przyczyną śmierci były powikłania: mianowicie w jednym przypadku *Pericarditis* i następnie *Decubitus,* w drugim *Pneumonia sinistra,* w trzecim *Pericarditis- Endocarditis* i następowa *Insufficientia valvulae semilunaris aortae,* która szybko, po swojém powstaniu, położyła kres życiu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

[1]) Guys *Hospital-Reports XIX* p. 311. *Virchow-Hirsch Jahresb.* 1874. II. W 400 przypadkach znalazł Pye-Smith 96 razy *Pericarditis,* 18 razy *Pleuritis,* 7 razy zapalenie płuc. W 18tu przypadkach nastąpiła śmierć, a w tém 3 razy skutkiem *Hyperpyrexii,* 6 razy skutkiem *Pericarditis,* 5 razy skutkiem zapalenia płuc.

III. Przyczynek do anatomii patologicznéj wylewów krwawych przy szkorbucie.

Przez Dr. Leona Świderskiego.

(Według obszerniejszéj niemieckiéj rozprawy inauguralnéj przez autora skrócone i w języku polskim nadesłane).

Mając sposobność mikroskopijnego badania niektórych organów kobiety zmarłéj na szkorbut w szpitalu wiesbadeńskim obrałem za główny przedmiot mych poszukiwań dochodzenie patologiczno-anatomicznych czynników mogących nam posłużyć do wytłumaczenia sposobu tworzenia się wylewów krwawych, jakie w szkorbucie w rozmaitych organach i tkankach napotykamy. Badania moje odnoszą się do błony śluzowéj jelita i tkanki miedniczki nerkowéj nadających się z pośród innych organów najlepiéj do takich poszukiwań, przy których nam chodzi przedewszystkiém o dokładne śledzenie biegu najdelikatniejszych naczyń włosowatych. Tkanki łącznéj podskórnéj i międzymięśniowéj z powodów odemnie niezależnych uwzględnić nie mogłem. Rezultaty, jakie osięgnąłem, opisałem obszerniéj w méj rozprawie inauguralnéj i takowe niniejszém w streszczeniu podaję.

Badając błonę śluzową jelita znachodzimy największą ilość wylewów krwawych w zakresie naczyń włosowatych a to w właściwém utkaniu błony śluzowéj. Wynaczynienia te są wielkości centa aż do ćwierćreńskówki i okazują kontury zamazane, nieznacznie przechodzące w jeszcze niezmienioną szarawą błonę śluzową. W miejscach wolnych od wynaczynień krwawych nie znajdujemy żadnéj zmiany w układzie poszczególnych warstw ściany jelit, naczynia tętnicze i włosowate są w niéj zupełnie próżne i żyły téż nie wiele krwi zawierają. W miejscach zaś przez wybroczyny zajętych czerwone ciałka krwi pokrywają zupełnie całą tkankę do tego stopnia, że właściwy jéj ustrój ledwie rozpoznać można. Jedynie gruczoły cewkowe błony śluzowéj jelita dają się łatwo rozeznać jako charakterystyczne słupki pośród czerwonych ciałek krwi w kolumny ułożonych. Dla tego téż tylko krańcowe pasy wynaczynień nadają się najlepiéj do histologicznych poszukiwań; przy czém starać się trzeba o sporządzenie jak najcieńszych cięć mikroskopijnych, aby obrazu prawdziwego nie zamazywały czerwone ciałka krwi w wielkiéj ilości nagromadzone.

Śledząc uważnie przebieg mniejszych tętniczek aż do ich zakończeń włosowatych w kosmku jelitowym (tj. téj części błony śluzowéj, która leży między dwoma zasklepkami Lieberkühna) napotykamy tak wyraźne zmiany w budowie naczyń włosowatych, że o związku ich z powstawaniem wynaczynień wątpić nie można. Początkowo widzimy tylko że jądra śródbłonków (*Endothel*), z których się składają ściany naczyń włosowatych, bliżéj siebie leżą lub zdają się być liczniejszymi. Podobny stósunek znachodzi się niekiedy w naczyniach włosowatych przy gruźliczém zapaleniu opon mózgowych u dzieci. Więcéj uderzają nas jednak przy dalszém poszukiwaniu inne zmiany większego znaczenia jak nie dające się bliżéj liczebnie określić pozorne pomnożenie jąder komórkowych. Przedstawia się nam tu następujący niezwykły obraz: przez napęcznienie śródbłonków naprzeciwległych punktów ścian naczyń powstaje gdzie niegdzie zwężenie, a w innych miejscach zupełne zetknięcie się ścian i zamknięcie naczyń. Dośrodkowo od tych tak napęcznietych miejsc napotyka się bliżéj małych tętnic częstokroć tak znaczne przerwy w pokładzie komórek śródbłonka, że między dwoma komórkami znaczne szczeliny powstają, w których nawet niekiedy

czerwone ciałka krwi sięgające aż w sąsiednią tkankę łączną odnaleść można. Obok tych zmian rozmiarów światła naczyń włosowatych ściany ich wypuklają się gdzieniegdzie w skutek napęcznienia śródblonka na zewnątrz, tak że zewnętrzne zarysy naczyń tracą swą zwykłą wysmukłość. Zjawiska te wystarczają nam najzupełniéj do wyjaśnienia wynaczynień. Jeżeli bowiem większy obszar naczyń włosowatych zamknie się w ten sposób poboczne krążenie krwi rozwinąć się nie może, i powstają objawy takie same, jakie się wytwarzają przy zamknięciu tętnicy końcowéj np. w płucach przy zawale. W obwodowo położonym okręgu najmniejszych żył i stykających się z niemi jeszcze otwartych naczyń włosowatych nastaje wsteczny bieg krwi aż do zrównoważenia ciśnienia w zakresie najbliższych większych zjednoczeń żylnych. Wśród zwiększonego ciśnienia, które w obrębie zamkniętych naczyń włosowatych w zastój krwi się przeobraża, czerwone ciałka krwi przez rozstęp (*diapedesis*) z ośrodkowo położonych naczyń występują, a proces ten bezwątpienia za główne źródło wybroczyn krwawych uważać winniśmy. W okręgu naczyń drożnych jeszcze dla krwi tętniczéj aż do miejsc zamkniętych powstaje również, i to czynne podwyższenie parcia krwi, które znowu wyjaśnia nam powyżéj wymienione wypuklanie się ścian naczyniowych a tém samém wystąpienie krwi z naczyń. Ponieważ te wszystkie zmiany dotychczas opisane znaleźliśmy na całym obwodzie ściany jelitowéj, wolno nam przypuszczać, że i w tych miejscach, w których z powodu gęstego nasiąknienia tkanki i zupełnego pokrycia jéj czerwonemi ciałkami krwi nie podobna było rozpoznać pierwocin utkania, takie same zmiany w budowie naczyń odnaleśćby można. Obok tych wynaczynień właściwéj błony śluzowéj, które w skutek zatkania większéj ilości naczyń włosowatych powstają, napotyka się wybroczyny czerwonych ciałek krwi i w tkance podśluzowéj. Proces ten zdaje się być w związku z powyżéj skreślonym; wybroczyny bowiem tkanki podśluzowéj, chociaż oddzielnie łeżą, znajdują się mimo to tuż obok wybroczyn tkanki śluzowéj i krew wylaną widzimy téż w bezpośredniéj blizkości małych żył. Ściany tych ostatnich, mimo że nie mają widocznych zmian histologicznych, są nasiąknięte czerwonemi ciałkami krwi, dającemi się wykazać w tkance podśluzowéj w postaci rozlanéj lub téż w postaci podłużnych smug. W ten sposób środek albo boczną część wynaczynienia podśluzowego tworzy mała krwią mocno napełniona żyłka. Ścian jéj nie pokrywają téż, jak to w normalnym stanie widzimy, białe ciałka krwi, żyłki te zawierają bowiem taką ilość ciałek czerwonych, że białe zaledwie pojedyńczo wyśledzić można. Tętnice odpowiednie tym żyłkom, jak i w ogóle wszystkie tętniczki tkanki podśluzowéj, nie okazują żadnych zmian. W innych warstwach ściany jelitowéj nie napotkaliśmy wynaczynień.

Przy poszukiwaniu wynaczynień w miedniczce nerkowéj okazały się takie same rezultaty, choć obraz cały nie tak wyraźnie nam się tu przedstawił, jak w ścianach jelitowych.

Co się tyczy genezy tych wszystkich zjawisk, na których twierdzenia nasze o tworzeniu się wynaczynień opieraliśmy, to możnaby naszym twierdzeniom zarzucić, że wynaczynienia krwi za pierwotny proces uważać należy, a zmiany w ścianach naczyniowych są zjawiskiem tylko następowém, tłómacząc to w ten sposób, że krew wyroniona działa jako miejscowy bodziec zapalny i zmiany patologiczne w sąsiednich tkankach, a więc i w ścianach naczyniowych, wywołuje. Przemawia jednak przeciwko temu stan zupełnie prawidłowy przybłonka i innych części składowych błony śluzowéj. Nie znajdujemy w nich żadnych zmian odpowiadających tym, jakie wykazaliśmy w naczyniach krwionośnych, a któreby przypuszczeniu takiemu pewną podstawę nadawały. W niektórych tylko miejscach odpadły pojedyńcze komórki przybłonka, albo téż znachodzimy, że gdzieniegdzie wcisnęły się czerwone ciałka krwi między zupełnie prawidłowe komórki, lecz pomimo starannego dochodzenia nawet wciśnięcia się ciałek czerwonych w komórki przybłonka wykazać nie mogliśmy.

Proces ten cały możnaby najlepiéj oznaczyć mianem przyściennych (*wandstaendige*) zatorów naczyń włosowatych, które ostatecznie przeobrażają się na zatory zupełnie światło naczynia zatykające. Z poszukiwań tych wynika: że wynaczynienia w szkorbucie, te przynajmniéj, które były przedmiotem mego badania, polegają na anatomicznie dającém się udowodnić przeistoczeniu ścian naczyniowych. Ważności zjawisk tych jako wyłącznie właściwych szkorbutowi, chorobie w dzisiejszych czasach dość rzadkiéj i z tego powodu już mniéj nas interesującéj, przeceniać nie można. Większego nabrałyby one znaczenia, gdyby się wykazać udało, że i przy innych, mianowicie zapalnych, z wynaczynieniem połączonych sprawach takie same zmiany w budowie ścian naczyniowych istnieją. Teoretyczne wyjaśnienie, jakie nam daje Cohnheim, przyjmując tu tak zwane drobinowe przeistoczenie (*moleculaere Alteration*), zyskałoby przez to anatomiczną podstawę. Dalszych poszukiwań na tém polu nie omieszkam w swym czasie podać do wiadomości świata lekarskiego.

IV. Oceny i sprawozdania.

Hensley, Arnold: **Udoskonalony przyrząd do aspiracyi rozpoznawczéj.**

Fabrykant narzędzi chirurgicznych Arnold w Londynie wykonał wedle wskazówek Dra Hensleya nadzwyczaj praktyczny przyrząd służący do aspiracyi w celach rozpoznawczych. Składa on się ze zwykłéj strzykawki, nieco silniejszéj i większéj od strzykawki do wstrzykiwań podskórnych połączonéj z cienką kaniulą i trójgrańcem. Walec strzykawki, który tworzy szklanna rurka, opatrzona dwiema nasadkami przyszróbowanemi przedłuża się bezpośrednio w cienką kaniulę, podczas gdy pręcik tłoku jest w połączeniu z cienkim trójgrańcem, tak iż aspiracyja płynu i wysuwanie trójgrańca odbywają się jedną siłą i równocześnie. Trójgraniec nadto przechodzi przez całą długość pręcika i po napełnieniu strzykawki może być z łatwością przez odszrubowanie rączki pręcika wydobyty. Korzyści tego przyrządu w porównaniu ze zwykłą strzykawką Pravaza w celach rozpoznawczych są: 1) iż jest daleko silniejszy a równie delikatny; 2) przez rychłe wyciągnięcie trójgrańca odpada obawa nadwerężenia części wewnętrznych jak również unika się zatkania igły; 3) przy należytém postępowaniu i z przyrządem dobrze utrzymanym nie ma najmniejszéj obawy dostania się powietrza. W porównaniu zaś ze zwykłymi większymi aspiratorami odznacza się przyrząd przedewszystkiém tém, iż dozwala używać najcieńszych kaniul i czyni rękoczyn ten prawie wyłącznie rozpoznawczy zupełnie obojętnym dla zdrowia chorego. Szczególnie mógłby przyrząd tego rodzaju oddać znakomite usługi w badaniu jakości wypocin opłucnowych i otrzewnowych. (*The Lancet* II. 10. 1880 r.). *S. P.*

Prof. Maly: **O peptonie.**

(Wyjątek z rozprawy p. t. O niektórych stósunkach trawienia żołądkowego).

Pepton jest produktem trawienia i powstaje ze wszystkich istót białkowatych w skutek działania na nie kwasu solnego i pepsyny. Drogą chemiczną można go w stanie czystym, jakkolwiek bardzo rzadko się to udaje, w następujący sposób otrzymać: Białko z jaj ugotowane i drobno posiekane kładziemy do naczynia napełnionego wodą zakwaszoną kwasem solnym w stosunku $^2/_{10}$ %; do téj mięszaniny dodajemy czystą pepsynę i poddajemy ją w odpowiednim cieple trawieniu a już po kilku godzinach powstaje zmętnienie płynu. Płyn mętny gotujemy do wrzenia, zobojętniamy i sączymy w celu oddalenia nie wielkiéj ilości niestrawionego białka; ciecz przesączoną parujemy do gęstości syropu, strącamy wyskokiem, sączymy, pozostałość na sączku umywamy w wodzie, strącamy jeszcze raz wyskokiem i powtarzamy tę czynność kilka razy, oddzielając za każdą razą część czystego peptonu.

Czysty pepton nie ma ani zapachu ani smaku, jest w wodzie rozpuszczalny i z pozoru do gumy arabskiéj podobny, różni się od białka nastepującemi własnościami: 1) pepton zaprawiony roczczynem ługu potasowego i siarkanu miedziowego nadaje cieczy barwę piękną różową, białko zaś niebieskawo fijołkową; 2) pepton nie krzepnie ani pod wpływem ciepła ani w skutek działania kwasów i to jest jego istotną własnością, że jest ciałem rozpuszczalnêm zdolnêm do wessania i nie krzepniejącêm; 3) białko daje się strącić kwasem azotowym, pepton zaś zamieniając się z kwasem azotowym na nitropepton pozostaje w rozpuszczeniu.

Pepton chemicznie czysty 'ma i powinien mieć skład białka, białko zaś stając się peptonem zmienia tylko swoje własności i przybiera niejako postać w któréj może przeniknąć błony zwierzęce, nie tracąc ani nie przybierając nowych pierwiastków. Na têm to polega wartość pożywcza peptonu, którą stwierdził doskonale Prof. Maly przekonawszy się na podstawie licznych doświadczeń, że zwierzęta, które żywiono czystym peptonem i odpowiednią ilością soli, wodników węgla i tłuszczu, odżywiały się bardzo dobrze.

Obecnie pepton cieszy się wielką reklamą, znajdujący się atoli w handlu nie odpowiada nawet najskromniejszym wymaganiom, a najwięcéj znany pepton Sandersa śmierdzi nieprzyjemnie trochę jak klej stolarski, trochę jak ser zgniły, jest przytêm ostry i kwaśny, a smak ten pochodzi od soli, od kwasu solnego w stanie wolnym w nim zawartego i od wielkiéj ilości t. zw. istót wyciągowych mięsnych.

Pepton Sandersa powstaje, jak to czytamy w broszurkach licznie po świecie rozsyłanych, w skutek kolejnego zaprawienia i trawienia pepsyny i trzustki coby w praktyce polegało na trawieniu w cieple wody mięsnéj żołądków świńskich i kwasu solnego a po zobojętnieniu mięszaniny dodaniu do niéj jeszcze trzustek.

Postępowanie podobne nie ma celu, a nawet jest szkodliwêm, bo tylko trawienie pepsynowe w rozczynie kwaśnym wydaje peptony, podczas gdy trawienie trzustkowe przy oddziaływaniu alkalicznêm łatwo wywołuje gnicie. Dolawszy do małéj ilości peptonu Sandersa, świeżo z puszki wyjętego, nieco ługu potasowego, poczujemy już w oddaleniu wywiązujący się amonijak a przy bliższêm badaniu dostrzeżemy zapach trimethylaminu itp. ciał. W peptonie Sandersa są więc licznie zawarte produkty gnicia a całość nie zasługuje na nazwę peptonu, bo jest to obrzydliwa papka gnijąca. (*Wien. mediz. Blätter* Nr. 32, 1880). *Dr. T. W.*

Prof. Dr. Quincke: **O wodach gorzkich.**

Od dawien dawna mają wielkie powodzenie w handlach kupieckich i aptekarskich wszelkie leki i przetwory przeczyszczające, obecnie w modzie są wody gorzkie a prawie co roku przybywa nowa, któréj osobliwsze własności i świetne skutki ogłaszają światu dzienniki lekarskie i nielekarskie. Kupcy i spekulanci sadzą się na reklamy, do zwykłych ogłoszeń dołączają świadectwa pierwszych powag lekarskich, nie dość na têm, *fac simile* ich podpisu umieszczają nawet na etykiecie butelki, łudząc publiczność, która z poświadczeń Bóg wie jakie wysnuwa wnioski, nie uważa je za to, czêm one właściwie są, i nadzwyczajnych spodziewa się skutków po wypiciu butelki Hunyadi Janos, wody Franciszka Józefa itp. Że siarkan sodowy lub magnowy w odpowiedniéj ilości w tych wodach zawarty wywołuje pożądane przeczyszczenie na to przecież nie potrzeba świadectwa, bo tak samo możnaby poświadczać pisemnie skuteczność np. pigułek z aloësem i z pewnością świadectwa wystawiający nie myślą o têm i nie spodziewają się, że ich imię i powaga tak będzie nadużytą.

Prof. Quincke oburzony tą spekulacyją stara się wykazać, jak łatwo można wszystkie wody gorzkie naturalne z korzyścią dla chorych i dla lekarzy zastąpić solą sztuczną, a nie wspierać przedsiębiorstw szkodzących powadze i interesom stanu lekarskiego. I tak najużywańsze z wód gorzkich Hunyadi Janos i woda Franciszka Józefa zawierają przeważnie siarkan sodowy i magnowy, a bardzo tylko małą ilość innych soli, woda Friedrichshallska zawiera prócz tego jeszcze chlorki potasowców. Pomijając tabliczkę, w któréj Quincke zestawia obok siebie wszystkie składniki chemiczne co do ilości w 10.000 częściach trzech wspomnianych wód gorzkich zawarte podaje, o czêm z niéj przekonać się można że woda Franciszka Józefa w przybliżeniu zastąpić się da równą ilością *Natr. sulphur. et Magnes. sulph.*, to samo prawie da się powiedzieć i o wodzie Hunyadi Janos, bo w 15 gramach soli z téjże wody mieszczą się jeszcze bardzo małe i żadnego wpływu nie mające ilości soli kuchennéj 0·26 i dwuwęglanu sodowego 0.11. Sól Friedrichshallską zaś zastąpić można połączeniem następujących soli: siarkanu sodowego 7, siarkanu magn. 5, soli kuchennéj 4, chlorku potasu 2. Przepisywanie soli powyższych zamiast naturalnych wód gorzkich têm da się usprawiedliwić, że dawkę poszczególnych składników można dowolnie zmniejszyć lub zwiększyć stósownie do potrzeby chorego, że można je rozpuścić w wodzie o pewnéj wskazanéj ciepłocie a smak nie jest gorszym jak wód naturalnych, wreszcie że każda mięszanina soli o wiele jest tańszą jak woda naturalna. I tak porównywując cenę 10 litrów wody naturalnéj bez butelek z wartością soli w niéj zawartéj podług cennika aptekarskiego przekonamy się, że kosztuje:

	woda Hunyady Janos,	woda Franciszka J.	woda Friedrichshallska
naturalna	6·3 marek	6·3 marek	6·3. mk.
sól sztuczna	1·2 „	1·6 „	0·6 „

Sztuczna sól karlsbadzka obecnie prawie w powszechnêm jest użyciu i dobrze zastępuje wodę naturalną, skoro to jest usprawiedliwionêm, a dla chorych pożądanêm, dla czegóż nie trzymać się téj saméj zasady przy wszystkich innych wodach gorzkich? (*Deutsch. mediz. Wochenschrift* Nr. 35. 1880 r.). *Dr. T. W.*

Wiadomości pomniejsze.

(T. W.) Przyjąwszy, że stwardnienie i obrzęki gruczołów limfatycznych u zołzowatych pochodzą ze zastoju limfy w naczyniach i gruczołach, i że z powodu niedostatecznego odżywienia przychodzi do obumarcia i zserowacenia zastoiny, powinniśmy przystępując do leczenia obrzęków gruczołów limfatycznych, przedewszystkiém dążyć do usunięcia zastoju, a przez to powstrzymać rozpad serowaty nagromadzonych komórek. Bardzo skutecznemi mają być pod tym względem wcierania skórne szarego mydła (*Sapon. virid.*), przy których użyciu szybko się zmniejszają lub znikają obrzęki gruczołów limfatycznych i ustępują różne cierpienia zołzowatych nagabujące, jak nieżyty uporczywe, wypryski na skórze i cierpienia ócz. Autor (Dr. Korman *Deutsch. mediz. Woch.* Nr. 35, 1880) przytaczając cztery przypadki z swéj praktyki poleca uskuteczniać wcierania szarego mydła raz na dzień w ilości łyżeczki do kawy i to na miejscu skóry powyżéj gruczołów zajętych leżącém; wtarłszy w miejsce odpowiednie całą ilość mydła, pozostawia się je przez noc a zmywa nazajutrz i tak postępuje się codziennie, zmieniając oczywiście zaraz miejsce skóry jeżeli się je wcieraniem zadrażni. Najlepiéj jest zacząć od szyi, przejść następnie na grzbiet, ztąd na piersi i brzuch, wreszcie na odnogi, potém znów na szyję, jeżeli skóra na niéj pokryje się przez ten czas nowym przyskórkiem. Jeden z przypadków dotyczy dziewczynki ośmioletniéj, która przy obrzęku gruczołów limfatycznych cierpiała na cuchnący nieżyt nosa i nieżyt w szczytach płuc, czternastodniowe wcieranie szarego mydła usunęło całkowicie zmiany chorobowe.

(K. G.) Wdechanie kwasu fluorowodowego przeciw dyfteryi zaleca Bergeron. Poleca on wdechanie przez 3 godzin małych ilości z powietrzem tak, iż na 1 metr. sześć. przypada 1 grm. kwasu fluorowodowego, w tym celu ustawia na stoliku obok łóżka chorego naczynie ołowiane, z którego paruje kwas fluorowodowy. (*Allg. m. Z.* 1880 N. 37).

(K. G.) Według doświadczeń, które czynił Wasilejew na klinice Manasseina (Referat w *Peters. med. Wochenschft.* Nr. 14 z r. b.) wziewania spirytusowe wzmagają sztucznie wywołane poty. Za pomocą wagi oznaczano utratę na ciężarze jakiéj doznawały osoby po kąpielach gorących lub łaźniach. Gdy w kilka dni późniéj te same osoby, po nacieraniu 70% wyskokiem, znów się kąpały utrata na wadze była 4 do 5 razy większą niż po pierwszéj kąpieli. Byłoby więc racyjonalném, w przypadkach, w których staramy się za pomocą łaźni sprowadzić znaczną utratę wody, chorych poprzednio nacierać wyskokiem. Większy skutek gorących kąpieli lub łaźni po nacieraniach wyskokowych przypisuje W. z jednéj strony pobudzeniu nerwów skórnych, a z drugiéj strony usunięciu tłuszczu zatykającego otwory skórne. (*Berl. klin. Wochschrft.* 1880 Nr. 38).

(K. G.) Sassezky czynił na klinice Manasseina doświadczenia nad wpływem jaki wywiera wyższa lub niższa ciepłota na wsysanie w miejscu podskórnych wstrzykiwań. Doświadczenia te okazują, iż skutek rychléj nastaje jeżeli sztucznie podwyższymy ciepłotę miejsca wstrzyknięcia aniżeli gdy ją obniżymy. S. czynił doświadczenia z morfinem, pilokarpinem, jodkiem potasu, badające za pomocą estezyjometru jak rychło skutek nastaje, albo też jak rychło leki zastrzyknięte w moczu wykryć można. W jednym szeregu doświadczeń podnosił ciepłotę do 39—40°C. za pomocą ciepłych okładów a w drugim ochładzał okolicę ciała, w którą wstrzykiwał, do 12°C. Znalazł przy tych doświadczeniach znaczne różnice, skutek nastawał rychléj przy podwyższeniu ciepłoty np. przy morfinie o 4 minut, przy pilokarpinie o 3 minut. (*Berl. klin. Wochenschft.* 1880. Nr. 38).

(K. G.) Dr. Kennedy zaleca użycie znacznych ilości oliwy w cierpieniach jakie sprawiają kamyki żółciowe. W ciągu roku 1879 używał środka tego wielokrotnie zawsze z pomyślnym skutkiem. W każdym przypadku, w którym istnienie kamyków żółciowych było dowiedzioném, lub w którym domyślać się wypadało, że kamyczki żółciowe są przyczyną od czasu do czasu pojawiających się cierpień po wielkich dawkach oliwy rychło i bez bólu odchodziły kamyki w mniejszéj lub większéj ilości. W przypadkach newet takich, w których chorzy nie okazywali przypadów jakie zwykle do rozpoznania wymagamy, lecz w których jasną było rzeczą, iż odpływ żółci jest powstrzymanym otrzymał K. równie zadawalające skutki. K. podaje (w *The Lancet* 1880, II, XII), opis 4ch przypadków przez siebie leczonych, dodając, że oliwa używana w ustępach czasu kilkutygodniowych lub kilku miesięcznych zapobiega tworzeniu się kamyków chociaż nie usuwa przyczyn lub usposobień, od których to tworzenie się zawisło.

V. Zapiski lekarskie ze stulecia XVIgo.

Ze spółczesnego rękopisu łacińskiego zebrał i przełożył Prof. Dr. Józef Oettinger.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38.)

7. Znakomity mąż i słynnéj pamięci pan, Mistrz Maciéj z Miechowa (dopis na brzegu: Miechowita) świętéj sztuki lekarskiéj drugi Hippokrates (*sacre medicine artis alter Ipocrates*) [7]) kanonik krakowski, wielce poszukiwany lekarz królestwa polskiego i węgierskiego, mąż z umysłu, życia i obyczajów w najwyższym stopniu chrześcijański (*christianissimus*), w dostatki bogaty i niewyczerpany jałmużnik, ze szczeréj życzliwości dla uczniów sztuk wyzwolonych wiele zlał hojnych dobrodziejstw na uniwersytet i jego domy; trzy albowiem szkoły mianowicie św. Szczepana, św. Anny i WW. Świętych z gruntu wymurował, szpital dla chorych kapłanów i uczniów zwiększywszy jego dochód świetnie odbudował, izbę bursy czyli domu biednych rozprzestrzenił i wychodki (*cloacum*) z gruntu wystawił (dopis na brzegu: W kollegijum większém trzy kominy i dach sprawił), kościół św. Andrzeja na nowo drzewem i dachówką paloną pokrył i od ognia ubezpieczył, klasztoru nadto część około kościoła św. Jadwigi na Stradomiu dla pielęgnowania tamże braci Jerozolimskich odbudował i wiele innych jałmużn dla wszelkiego stanu ludzi cicho porozdzielał. Oprócz tego w uniwersytecie naszym założył katedrę lekarską kupiwszy czynsz (*empto censu*) za sześćset czerwonych złotych. Katedrę także astrologii dostatniéj wyposażył dziesięciu grzywnami (rocznie) kupionemi za czterysta czerwonych złotych w urzędzie (*in praetorio*) krakowskim. Nadto dał 120 złotych na sprawienie zegaru dobrego i znowu 100 złotych na dalszą budowę publicznego księgozbioru w naszym domu kollegijum większego, gdyby do tego przyszło i innemi niezliczonemi dobrodziejstwami nie tylko nasz uniwersytet, lecz i wszelkich ubogich hojnie obsypał, za co z otuchą wierzyć należy, iż wiekuistą otrzymał nagrodę. Zeszedł z tego świata w roku 70 wieku swojego, a po narodzeniu Chrystusa 1523 8go września (do-

[7]) Oettinger l. c. 114.

pis na dole: więc urodzony 1453, dopis na brzegu: znakomity pisarz dziejów polskich) (str. 41).

8. Wielebny ojciec pan Michał z Turobina zwykle przezwany Lublinem, doktor prawa kościelnego, kanonik Łowicki i dziekan Kurzelowski..... zapisał (na założenie i nowe wystawienie kollegijaty kanoników i wikarych przy kościele św. Anny w Krakowie) pięć tysięcy i sześćset złotych.... z których otrzymuje się czynszu blisko trzysta złotych....

(Na brzegu dopis: Te pięć tysięcy zwiększył dostojny i znakomity mąż Sebastyjan Petrycy pilznianin [8]) medycyny doktor i profesor większą summą i czynsz przeznaczył dla historyografa, którego użytek miał syn jego mąż wielce uczony i wymowny świeżo po założeniu Jan Innocenty Petrycy doktor filozofii i medycyny, trzeci profesor z fundacyi Tylickiego).

9. Zgasł zaś (Michał z Turobina) w 63cim swego życia a roku pańskiego 1528, dnia 24 kwietnia, w piątek w dzień św. Jerzego o godzinie 19tej a w téj saméj godzinie właśnie wybuchł z domu rękodzielniczego narożnego przy bramie nowéj straszny ogień, z boku wiatrem podniecany i prawie w oka mgnieniu całą sąsiednią ulicę i Mikołajską wreszcie i inne aż do kościoła św. Szczepana a zarazem i cały Kleparz szybko, bo w 4 godzinach zniszczył, gdzie téż wielu ludzi nagłym tym pożarem zostało spalonych, oprócz tych ubogich, co zginęli w szpitalu św. Ducha. Sześć kościołów do szczętu zgorzało. Baszt miejskich celniejszych 14 i wojenne przyrządy wyborne królewskie i miejskie wartości jak mówią stu tysięcy śród murów pożogą od wieku niesłychaną w perzynę się obróciły (str. 42).

10. Roku pańskiego 1534, dnia 9 listopada o godzinie 7, wielebny ojciec wzór życia chrześcijańskiego i kapłańskiego mistrz Michał z Wrocławia [9]) świętéj teologii profesor i dziekan kościoła św. Floryjana, gdy już do drugiego prawie dziecięctwa był powrócił, przebiegłszy zwykłe pory życia i przebywszy przed rokiem za staraniem lekarskiém napad udaru (na brzegu: jak skuteczna sztuka lekarska?) jakkolwiek w wielkiéj słabości, rok jeszcze przeżył a gdy z prac i wieku już prawie był wysechł, panu Bogu ducha oddał w wielkiéj cierpliwości udręczeń i bólów swoich a by dowieść także uczynkiem, ile pokochał kollegijum i uniwersytet za życia, darował na dokończenie biblijoteki trzydzieści czerwonych złotych a dziesięć na odnowienie bursy po pożarze..... Mąż ten był jak najregularniejszy w każdéj sprawie czy to duszy, czy to ciała, iż nigdy nie wydawał się ani miary przekraczać, ani nie dosięgać, lecz w pośrodku jak najbezpieczniéj kroczył.

Roku pańskiego 1512 mistrz Jan Michalow [10]) sentencyjonarz z porażenia *(paralysi)* życie zakończył i puhar spiżowy dobrze pozłacany domowi darował (str. 45).

11. Roku pańskiego 1535, dnia 16 lutego, o godzinie 22éj (na brzegu górnym dopis: w roku wieku swojego 60) pamiętny i sławny mąż Jan ze Lwowa [11]) umysłu światłego i nadzwyczajnego św. teologii profesor, równie w życiu nie skażony, jak wygłaszaniem słowa bożego kaznodzieja wzięty w kościele katedralnym krakowskim i kanonik świątyni św. Floryjana, zgasł z zapalenia opłucnéj *(pleuresi)* szczérym i niezwykłym a jednomyślnym wszystkich jękiem opłakiwany (str. 46).

12. Roku pańskiego 1537 d. 15 marca o godzinie 19 wielebny i wyborny mąż mistrz św. Teologii, pilny profesor, żywota nieskażonego i prawie mnisiego Marcin z Leżajska [12]) na Rusi na gorączkę ostrą umarł. Ten acz drobny postawą (wbrew zwykłemu słowu) ducha był pokornego, pożycia samotnego, w modlitwie wylany (str. 46).

13. Roku 1532 dnia 28 marca poświęconego pamięci wieczerzy pańskiéj dostojny pan Łukasz Noskowski [13]) rajca krakowski i profesor zwyczajny wydziału lekarskiego dni swoje zakończył, którego o 4 dni śmiercią wyprzedziła żona jego Benigna córka doktora Reguły. Był on prawdziwym gorliwcem (zelator) uniwersytetu, który ze szczerego zamiłowania czci i sławy naszéj szkoły głównéj pierwszy do skutku doprowadził doktorską promocyją w wydziale lekarskim od jego początku zaniedbaną około r. 1526 (istotnie r. 1527) po śmierci zaś z kwoty dziewięciuset złotych ołtarz w kościele Panny Maryi ze znamienitą wystawą dla osoby stopniem naukowym uwieńczonéj a znowu czynsz 12 grzywien na użytek Uniwersytetu ustanowił i wyposażył. W szczególności także domowi nauk wyzwolonych piękny i obszerny kobierzec podarował. Książki także pewne do książnicy wcielił. Za które dobrodziejstwa niech Bóg będzie mu nagrodą wiekuistą (str. 47).

14. Roku pańskiego 1538, dnia 8 lutego mistrz Marcin Tarnowiec (Tarnoviecz) [14]) zwykle zwany Kulab (Culab) wiekiem wycieńczony z omdlenia *(sincope)* o godzinie 15téj sam pozostawiony w izbie ogrzanéj zgasłszy *(resolutus)* słodko zasnął w Panu i z apostolskiego ubóstwa, które wiódł za życia dzieła św. Augustyna biblijotece darował.

(Dopis na brzegu: Kulab kaznodzieja o siebie Boga pewny, jednego razu proszony od dworzan Jego Królewskiéj Mości, by zechciał coś politycznego na kazanie obmyślić: obrał 8 części mowy z Donata [15]) Imię, Zaimek, Słowo, Imiesłów itd. Imię rzekł, to Król; Zaimek Królowa, Słowo to Arcybiskup i biskupi, Imiesłów to podskarbi królestwa, wykrzyknik to Mnisi, nareszcie o poszczególnych odmianach ośmiu części mowy a nie bez poważnego upomnienia). (str. 48).

15. Roku jak wyżéj (1538) dnia 18 kwietnia, który był dniem przysposobienia świątecznego *(parasceve)* o godz. 22giéj wielebny i wyborny mistrz Andrzej z Krakowa Burkath kanonik i zawiadowca dóbr kapituły kościoła św. Floryjana (tegoż roku w oktawę św. Agnieszki — 28 stycznia — doktorem i mistrzem św. teologii mianowany) w niedzielę kwietnią schwycony nagłém i silném zapaleniem opłucnéj zgasł w nieobecności lekarzy. Domowi naszemu zapisał puhar pozłacany...., sześć poduszek do stołu ofiarował, aby mistrze nie siedzieli, jak bywało, na gołych ławkach, wreszcie i inne sprzęty (str. 48).

16. Roku p. 1540 wyborny mąż mistrz Grzegórz ze Stawiszyna (Stawisin) [16]) św. Teol. profesor, kustosz kościoła św. Floryjana wielką pałający gorliwością o ozdobę i porządek świątyni, kilkakrotnie nagabywany lekkiemi na-

[8]) Oettinger l. c. ustęp 163.

[9]) Muczkowski: statuta pag. 100, 115, 126. Wiszn. III 85, 205.

[10]) Muczkowski: pag. 79, 90, 107.

[11]) Muczkowski: pag. 127, 130, 148, 159.

[12]) Muczkowski: statuta p. 128, 136, 158, 171.

[13]) Oettinger l. c. ustęp 118.

[14]) Muczkowski: statuta p. 95, 106, 133, 150.

[15]) Donatus Aelius rzymski grammatykarz żył około 355 po Chr. nieomylna w średnich wiekach powaga w dziedzinie łacińskiéj grammatyki.

[16]) Muczkowski: statuta p. 138. Wiszniewski l. c. III 216.

padami apoplektycznemi, w końcu we wtorek po zielonych świątkach sprawiwszy po trzykroć szczęśliwie urząd rektorski i starawszy się jak zwykł zawsze, słuchać zleceń drugiego, spiesząc prędzéj niż inni na zamek na samém wejściu na górę zaczął być dręczony zwykłą chorobą, zaledwie wszedł do świątyni, aliści na samym prawie progu ostatecznym napadem został uduszony (*suffocatus*) i nie można go było ocucić. Mąż ten miał twarz zawsze wesołą, w rozmowie łagodny, obyczajów ogładzonych, ułożenia przyzwoitego, w życiu prawy i wstydliwy powodował się wielką gorliwością, aby porządek i pilność we wszelkich obowiązkach uniwersyteckich należycie, dokładnie i ściśle się odbywał (str. 49).

17. Mistrz Jan z Leśnicy[17]) wsi o milę od Szadka odległéj św. Teologii profesor; biegły także znawca prawa kanonicznego a przemyślny budynków uniwersyteckich zawiadowca, z kanonii św. Floryjana wzięty był do Gniezna na kanonicznego zwyczajnego profesora teologii. W końcu wracając do Krakowa chory na trąd (*elephantia laborans*) roku 1526 zeszedł z tego świata i Uniwersytetowi 10 grzywien zapisał, za które kupiono czynsz czterech złotych od sławetnego pana Stanisława Bełzy postrzygacza sukien (*pannicida*) w Krakowie na kramie jego narożnym w krzyżu na wieczne czasy (str. 50). (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w ciągu pierwszéj połowy miesiąca września 1880.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem sierpnia	przybyło w ciągu 15 dni	z tych wyzdrowiało	z tych umarło	pozostało w leczeniu chorych	pozostało w leczeniu w gminach
Ospa	7	11904	18	22	22	13	2	1
Odra	7	11038	99	93	119	20	53	4
Płonica	19	18405	167	303	214	52	204	16
Błonica	22	26517	31	166	53	104	40	14
Dur brzusz.	9	7346	27	68	53	6	36	7
Dur osutkow.	4	5713	12	72	40	14	30	2
Krztusiec	16	16536	312	275	266	37	284	15
Czerwonka	168	211978	1968	2648	2593	406	1617	100

Dr. Merunowicz.

(*G.*) Przymus szczepienia utrzymanym został w kantonie zurichskim. Pięć tysięcy osób uprawnionych do głosowania wniosło żądanie zniesienia istniejącego przymusu szczepienia. Rada kantonowa oświadczyła się przeciw temu żądaniu a to 115 głosami przeciw 37, poczém zarządzono głosowanie publiczne, jak to prawa kraju nakazują, nad tém czy przymus szczepienia ma być utrzymanym czy téż zniesionym. Głosowanie to odbyło się w dniu 13 czerwca rb. Tak przeciwnicy szczepienia jak i zwolennicy rozwinęli silną agitacyję słowem i drukiem. Prof. Vogt przeciwnik szczepienia miał wykład w przed dzień głosowania a z pośród zwolenników prof. Huguenin i prof. Wyss. W głosowaniu wzięło udział 57.234 osób, a z tego 5330 oddało próżne kartki, 23.115 oświadczyło się za zniesieniem, a 28.789 za utrzymaniem przymusu szczepienia. Z 190 lekarzy kantonu zurichskiego 181 podpisało odezwę wykazującą ważność i donioslość wspomnianego głosowania, jeden odmówił podpisu, dwóm znanym przeciwnikom szczepienia nie przesłano odezwy do podpisu, a 6 nie podało powodu, dla którego odezwy nie podpisali.

VII. Wiadomości bieżące.

(*G*) **Kraków** d. 23 września. Redaktor Przeglądu Lekarskiego zasłabł od dwóch tygodni na kataralne zapalenie płuc. Według oświadczenia kolegów prof. Dra Korczyńskiego i zastępcy prym. Dra Żuławskiego, którzy chorego otaczają troskliwą opieką, przebieg choroby jest pomyślny.

[17]) Muczkowski: statuta p. 92. 100, 122, 137.

(*G.*) Za pośrednictwem krakowskiéj Izby handlowo-przemysłowéj otrzymała Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. zawiadomienie o mającéj się odbyć międzynarodowéj wystawie balneologicznéj w Frankfurcie nad Menem. Program téj wystawy obejmuje: wody mineralne, ich produkta i przetwory, narządy do czerpania wody, urządzenia łazienek, przyrządy balneoterapeutyczne, meteorologiczne, leczniczo-gimnastyczne, urządzenia dotyczące kanalizacyi i wywózki w zdrojowiskach itd. w ogóle wszystko co tylko w związku z balneologiją zostaje lub w jéj zakres wchodzi nie wyjmując statystyki i literatury balneologicznéj. Ponieważ ma to być wystawa międzynarodowa byłoby bardzo pożądaną rzeczą, aby i zarządy zdrojowisk naszych wzięły w niéj udział. Mimo że kraj nasz w zdroje róznego rodzaju obfituje, są one lekarzom zagranicznym prawie zupełnie nieznane, międzynarodowa wystawa frankfurcka nastręcza sposobność zwrócenia uwagi świata lekarskiego na nasze zdroje polecamy przeto wystawę tę uwadze zarządów i lekarzy zdrojowych namieniając, że trwać będzie od 1 maja aż po koniec września 1881 r. a chcący w niéj wziąść udział winni zapowiedzieć tenże po koniec października rb.

(*G.*) W Nrze tym zamieszczamy streszczenie rozprawy inauguralnéj Dra Leona Świderskiego nadesłane nam przez autora. Autor, który 12 sierpnia br. otrzymał stopień doktora medycyny w Marburgu, jest synem wielce cenionego lekarza poznańskiego Radcy zdrowia Dra Władysława Świderskiego a siostrzeńcem zawcześnie dla literatury zmarłego śp. Dra Mizerskiego.

Rozprawa inauguralna, o któréj mowa, nie jest kompilacyją jak zwykle bywają rozprawy inauguralne, ale oparta jest na postrzeganiu i badaniu mikroskopijném przypadku szkorbutu, który autor miał sposobność widzieć w szpitalu wiesbadeńskim. W rozprawce Dra Świderskiego przebija dar spostrzegania wiele obiecujący, spodziewamy się téż, że autor nie poprzestanie na téj pracy, ale dotrzyma przyrzeczenia, jakie w końcu czyni i dalsze badania ogłosić się nie omieszka.

(*G.*) Rzadko się zdarza, aby nakład czasopisma lekarskiego został przez c. k. Prokuratoryję skonfiskowanym i to jeszcze nie za wycieczki osobiste, przydarzyło się to *Wien. med. Presse*, która w ostatnim Nrze zamieściła omówienie dzieła przez prof. Dra Hyrtla wydanego: *Onomatologia anatomica* przytaczając kilka ustępów z tego dzieła. Z powodu jednego z tych wyjątków nastąpiła konfiskata nakładu.

(*G.*) Odbywający się obecnie w Gdańsku doroczny zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich za miejsce przyszłorocznego zjazdu obrał Salcburg.

(*G.*) Międzynarodowy kongres higijeniczny, który się w początku bm. odbył w Turynie, uchwalił jednogłośnie na wniosek Dra Finkelnburga wezwać Rządy o ustanowienie międzynarodowéj komisyi zdrowia, któréj utworzenie już konferencyja międzynarodowa lekarska za powodem Rządów w Wiedniu w r. 1872 zebrana doradzała.

(*G.*) Wedle nadesłanych nam wykazów było w Cieplicach czeskich do d. 14 bm. 10.612 osób.

(*G.*) **Warszawa**. Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego warszawskiego Dr. Szokalski zdawał sprawę z obrotu funduszów na album ofiarowane przez lekarzy w r. zeszłym Jubilatowi J. I. Kraszewskiemu. Dochód wynosił 946 rsr., rozchód 700 rsr., pozostałość w kwocie 246 rsr. odesłano na ręce Jubilata, a ten kwotę tę włączył do funduszu „Macierzy."

Nekrologija. W Warszawie umarł Dr. Mateusz Fonberg, licząc lat 40.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 37—38: Dr. Obaliński: Przypadek wydobycia kamienia cięciem wysokiém; Dr. Bieliński: Kilka słów o wolu panującym endemicznie w powiecie Słobodzkim gub. wiatskiéj; Wolberga: O zszywaniu, odtwarzaniu się i naciąganiu nerwów (c. d.); Dr. Kośmińskiego: Praktyczne przykłady oznaczania refrakcyi, akomodacyi i ostrości widzenia.

Redakcyja otrzymała:

Dra FIAŁKOWSKIEGO (z Dynaburga): Die scorbutischen Augenerkrankungen. (Odbitka z Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde).

Dra T. ŻULIŃSKIEGO: W jakim wieku ze względów higijenicznych nauka szkolna zaczynać się winna. (Odbitka ze Szkoły).

Dla członków Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego dołącza się: Regulamin Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. 8 telcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 2 października 1880. № 40. Rok XIX.

TREŚĆ: I. KOPFF. Ostry gościec stawowy *(Polyarthritis acuta)*. Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu św. Łazarza w oddziale Doc. Dra Pareńskiego w l. 1876–1880. (C. d.) — II. DOMAŃSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. (C. d.) — III. *Oceny i sprawozdania*: Prof. Herman COHN: O piśmie, druku i rozwielmożnianiu się myopii. Sprawozdanie Dra Rydla. GAŁĘZOWSKI. EDDMON. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Odcinek:* W sprawie wodociągów m. Krakowa. — OETTINGER. Zapiski lekarskie ze stulecia XVIgo. (C. d.) — V. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. Ostry gościec stawowy. *(Polyarthritis acuta)*.

Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu św. Łazarza w oddziale Doc. Dra Pareńskiego w l. 1876—1880.

Opracował Dr. Leon Kopff.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39.)

II.

Mało mamy bezwątpienia chorób, przeciw którym nauka nasza miałaby tyle zalecanych środków, ile przeciw ostremu gośćcowi. Niestety jednak, ta ciągle się wzmagająca liczba zachwalanych leków, sama już przez się świadczy wymownie, że ciągle szukamy jakiegoś środka swoistego, ale go dotąd znaleść niemogliśmy.

Nim przejdę do sprawozdania z wyników leczniczych gośćca ostrego w szpitalu św. Łazarza, wypada mi wspomnieć po krótce o różnych środkach, w ostatnim półwieku zachwalanych.

Leczenie gośćca stósowało się w biegu czasów do pojęć, jakie miano o saméj chorobie, i może się poszczycić świetniejszemi wynikami, odkąd opuściło drogę czystéj empiryi i wytknęło sobie cel więcéj racyjonalny.

W czasach, w których za najskuteczniejszy zabieg leczniczy we wszystkich ostrych chorobach zapalnych uważano upuszczenie krwi, nie szczędzono go także i w gośćcu. Metoda ta, w gośćcu naprzód przez Stolla, Sydenhama i innych stósowana, znalazła zagorzałych zwolenników w prof. Bouillaud i jego uczniach (Pelletan, Raciborski etc.). Prócz obfitego upuszczenia krwi raz do dwa razy dziennie w pierwszych dniach choroby, obstawiali oni jeszcze okolice bolesnych stawów bańkami siekanemi, jakoteż stósowali je na okolicę serca, skoro tylko usłyszeli lekki szmer. Lebert powiada, że widział często na klinice Bouillauda chorych na gościec, którym po 10 do 12 funtów krwi w ciągu choroby upuszczono, dodając przytém, że „gdyby Bouillaud miał cośkolwiek mniéj bystry słuch byłby z pewnością biednym reumatykom wiele tysięcy funtów krwi oszczędził“. Środki te, które zapewne nierzadko musiały wywoływać obniżenie ciepłoty, w porównaniu z osłabieniem, jakie za sobą pociągały i przedłużeniem stanu ozdrowienia, należy uważać raczéj za szkodliwe aniżeli pomocne.

Również albo mało pomocnemi albo zupełnie niepomagającemi okazały się pryszczydła *(vesicantia)*, na chore stawy przykładane, które tak gorąco zalecał w r. 1851 Dechilly i szkoła paryska. I *Tartarus stibiatus*, lek w swoim czasie tak często stósowany, zachwalano gorliwie w gośćcu. Na szczęście jednak że wkrótce przekonano się, że środek ten raczéj zwiększał dolegliwości chorych, sprowadzając wymioty i zmuszając ich do ruchów, niżeli sprawiał ulgę.

Po czasach energicznie stósowanéj antiflogozy, nastąpiły czasy skeptycyzmu leczniczego, które się i w terapii gośćca odbiły. Lebert, który tę metodę sam stósował, przyszedł do przekonania, że pominąwszy przypadki, w których lekarz, w obec znacznéj gorączki lub groźnych powikłań, nie może z założonemi rękami przypatrywać się przebiegowi choroby, gościec, przy czysto wyczekującém leczeniu, o wiele dłużéj trwał i o wiele częściéj wikłał się z innemi cierpieniami, niż przy jakiemkolwiek czynném leczeniu.

Kalium nitricum i *Natrum nitricum*, już dawniéj używane jako leki pomocnicze (Tissot i inni), polecali bardzo w nowszych czasach Deportes, Martin, Solon, Gendrin, Forget i inni. Środki te Lebert dość zachwala, mają one jednak tę niekorzyść, że trzeba ich w wielkich dawkach używać (przynajmniéj 15 grm. *pro die)*, a te wywołują różne zaburzenia ze strony narządu trawienia.

Chinin w wielkich dawkach, przez Briqueta a następnie Vineta chwalony, znalazł znaczne zastósowanie. Podają go w dawkach 0,20 do 0,30 co dwie godziny. Chorzy doznają wkrótce zwykłych objawów zatrucia chininem: zajęcia głowy, zawrotu, dzwonienia w uszach itd., przyczém ciepłota ma się obniżać, a skutkiem pewnego rodzaju nar-

kozy i bóle mają się zmniejszać. Lebert, który stósował środek ten dłuższy czas, naprzód w szpitalach paryskich, a potém w swojéj klinice w Zürichu, uważa go za nieskuteczny w większéj części przypadków. Często nie widział po nim żadnego wpływu na gorączkę i ciepłotę, a przytém nie może go uznać za środek tak niewinny, za jaki go Vinnet uważa.

Co do użycia soku cytrynowego, nie można powiedzieć, by zdanie stanowcze bylo już wyrzeczoném. Polecali go pierwsi Dalrymple i Rees a następnie Juman. (*Brit. med. Journal 1857. 24. Octob.*). Podają go po 120 grm. na dzień, powiększając dawkę co dzień o 30 grm. aż do 200 grm. na dzień (co dwie godziny łyżkę w pół szklanki wody ocukrzonéj). Lebert uważa ten sposób leczenia za bardzo przyjemny, i chociaż lek ten nie jest swoistym, przecież obniża on ciepłotę i zdaje się w niektórych przypadkach skracać przebieg [1]) choroby.

Colchicum autumnale ma jeszcze teraz licznych, gorliwych zwolenników, ale i niemniejszą liczbę przeciwników. Eisenmann, który leku tego jeden z pierwszych zaczął używać i bardzo go zachwala, podaje go jako *Tinctura Colchici opiata* (*Tinct. sem. Colchic. 12·0 Trae opii simpl. 2·00.* S. 3 do 4 razy dnia 15 do 20 kropli). Skoda, zalecający również ten lek, poleca 1 gran (0,07 grm.) *Colchicum* na 2 do 3 drachm wody, do któréj dla łatwiejszego rozpuszczenia alkaloidu dodaje parę kropli *Spiritus rectif.*, z czego każe brać 2 do 3 razy dnia po 5 kropli z wodą. Lebert i Senator nie ganią tego leku bezwzględnie, lecz uważają go w wielu razach za nieskuteczny, a Senator formułce Eisenmanna o tyle przypisuje skuteczność, o ile się w niéj znajduje tynktura opiowa. Przytém lek ten u drażliwszych osób wywołuje objawy zapalne ze strony narządu trawienia. Lekarze francuzcy, mianowicie Piédaguel i Bouchut, zachwalają weratryn zamiast *colchicum*. Vogt prof. w Bernie powiada, że środek ten jest nawet w stanie przerwać bieg choroby. Podaje on go w pigułkach po 0·005 i zwiększając dawkę, dochodzi do 0,03 dziennie. Lebert nie chwali tego środka, czyni jednak zastrzeżenie, że z nielicznych swoich doświadczeń, nie może nic pewnego o nim twierdzić.

Lombard z Genewy i Lebert z Zürichu zalecają *Extractum aconiti*, w dawkach od 0,3 zwiększając je aż do 2,00 *pro die*. Tak weratryn jak i akonityn nie znalazły dotąd uznania, doświadczeń robiono z niemi dotąd bardzo mało. Senator nie uważa ich za lepsze od *Colchicum*, a nawet przypisuje im jeszcze więcéj niemile uboczne działanie na przewód pokarmowy.

Opium, którego użycie wyszło z Francyi (Bonnet, Requin, Grisolle, w Anglii Corigan) nie działa lepiéj od innych narkotyków. Cała jego zasługa, że zmniejsza bóle, a przez to łagodzi rozdrażnienie chorego i wpływa uspakajająco na przyspieszoną czynność serca. Dla tego należałoby go właściwie zaliczyć do leków symptomatycznych w téj chorobie.

Inne środki używane w gośćcu, jak różne przetwory rtęci, guajak, i wiele innych, nie okazały się bynajmniéj skutecznemi, dla tego téż w krótce ich zaniechano. Również i rozmaite preparata jodu, także w téj chorobie próbowane, nie cieszą się uznaniem. O *Kalium jodatum* wspomnę później.

Faktem najwybitniéj wskazującym, jak nisko jeszcze stoi terapija gośćca i jak wielkie w niéj panuje zamięszanie, jest z jednéj strony gorące zachwalanie i teoretyczne tłomaczenie działania kwasów, jak kwasu cytrynowego, kwasów mineralnych (Lucas *Lancet 1873, 28 Febr. Jahresbericht Virchow-Hirsch 1874 II*), wody królewskiéj (Wilks *Lancet 1873. 25 Febr. Virchow-Hirsch Jahresbericht 1874. II.* zaleca po 15 kropli wody królewskiéj, co 4 godziny we wodzie), a z drugiéj znów strony również gorliwe polecanie alkaliów, jak *Natrum bicarbonicum*, *aceticum*, *tartaricum*, *citricum*, daléj soli litowych, amonowych, potasowych, i usiłowanie, by dla działania tych ciał wyszukać teoretyczną podstawę.

O wartości leczniczéj alkaliów w ogólności, a *Natrum aceticum* i *Amonium causticum* w szczególności, będzie mowa później.

Tu wypada także wspomnieć o Trimetylaminie i isomerycznym mu propylaminie, oba te ciała bowiem zachowują się chemicznie jak silne zasady, jakkolwiek w działaniu fizyjologiczném w wielu względach zachodzi między niemi różnica. Pierwszy użył środka tego przeciw *Polyarthritis* Avenarius (*Medicinische Zeitung Russland's* 1858 Nr. 6, przepisując 24 kropli w 6 uncyjach wody i 2 drachmach *Elaeosacchar. Menthae piper.*, i podając z tego co dwie godziny dwie łyżki), podnosząc bardzo jego znakomite działanie. Również Bursy z Mitawy (*Med. Ztg. Russlands* 1859. Nr. 29), znalazł lek ten bardzo skutecznym. Lebert zaś nie widział po nim żadnych skutków. I stósowanie tego leku należałoby już zapewne do historyi, gdyby znów w ostatnim lat dziesiątku nie zwrócił nań uwagi Coze (Fargier-Lagrange. *Essais thérapeutique sur le trimethylamine. Strassburg 1871*), a późniéj Dujardin-Beaumetz (*Union medical 1873. Nr. 6, 7, Gaz. hebdom. 1873. Nr. 13* i nast). Ten ostatni przypisuje trimetylaminowi nie tylko wpływ łagodzący bóle, ale i gorączkę, a przy tém ma on zmniejszać wydzielanie mocznika i skracać cały przebieg choroby. Dotychczasowe badania wprawdzie jeszcze nie rozstrzygnęły zupełnie sporu, co do skuteczności tego leku, ubywa mu jednak coraz więcéj zwolenników.

Okłady zimne (Stromeyer-Esmarch *Verhandl. der Berlin. med. Geselschaft. Sitzung vom 29 März 1871*) jak również, z innéj znów strony gorąco zalecane, okłady ciepłe, daléj różne opatrunki ustalające (Varlez *Archives gén. XIV. 1827.* Forget *Bullet. gén. de Thérap. 1848.* Heubner *Archiv der Heilk. 1871, XII 341.* Oehme *Arch. der Heilkunde. Hft. 5, 1872*), na chore członki, podobnież wcierania szaruchy w chore stawy, uważać należy, na podstawie dotychczasowych doświadczeń, za środki w leczeniu symptomatyczném często bardzo skuteczne. Niektórzy jednak chcą w nich także widzieć działanie, wywierające wpływ bezpośredni na przebieg gośćca i na częstość powikłań ze strony serca.

Do środków symptomatycznych zaliczyłbym także używane i bardzo zachwalane jakiś czas mięsienie (*Massage*).

Z wielu innych środków, raczéj symptomatycznych niż swoistych, wspomnę tutaj tylko o wstrzykiwaniach podskórnych morfinu, bez których żaden chory, cięższym reumatyzmem dotknięty, nie obejdzie się; o chlorku elailu (*liquor hollandicus*), zalecanym przez Wunderlicha do na-

[1]) Gull i Sutton podają przeciętny czas trwania gośćca przy użyciu soku cytrynowego na 6.80 dni, alkaliów 6·75 dni, pryszczydeł 8·4 dni, przy leczeniu czysto wyczekującém 9·1 dni.

cierania chorych stawów; i o podobnież przez Niemeyera zachwalanym i do nacierania używanym, eterze etylowym. W ostatnich czasach bardzo chwalił Kuntze (*Deutsche Zeitschrift für prakt. Medicin* 1874, Nr. 11), wstrzykiwania podskórne kwasu karbolowego w okolice zajętego stawu. Środek ten jako prędko kojący ból zaleca także Senator [1]).

Nad lekami teraz najpowszechniéj używanemi przeciw gośćcowi, o których nie wyrzeczono jeszcze dotąd ostatecznego wyroku tj. o kwasie salicylowym i bedźwinianie sodowym, zastanowię się późniéj omawiając wyniki, jakie za pomocą tych środków otrzymano w szpitalu św. Łazarza.

Z tego krótkiego zestawienia środków, które największe uzyskały wzięcie w leczeniu gośćca, widzimy, że nadaremnie kuszono się dotąd o wynalezienie jakiegoś leku swoistego, któryby przerywał zwykły bieg choroby, tudzież, że niektórym z nich wprost nawet należy odmówić wszelkiego wpływu na najważniejsze objawy chorobowe: na cierpienie stawów i powikłanie z chorobami serca.

(Ciąg dalszy nastąpi).

I. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

Omówiwszy w ten sposób wszystkie, godne w téj sprawie uwzględnienia okoliczności zapytajmy się teraz ostatecznie, czy porażenie polowicze kiłowe można jako takie za życia rozpoznać? W odpowiedzi na to pytanie trzeba dwie strony mieć na oku: naukową i praktyczną. Co do naukowéj, to z uwagi, że zboczenia czynnościowe w kile nie są, jakeśmy to już tyle razy oświadczyli, skutkiem rodzaju, lecz tylko usadowienia zmiany anatomicznéj, że zatém nie mają i nie mogą w sobie nic mieć charakterystycznego, że nawet ich kombinacyje nie są również kile wyłącznie właściwe, że zmiana anatomiczna w kiłowém porażeniu połowiczém nie jest za życia tak dostępna obserwacyi, jak nią jest np. zanik właściwy nerwu wzrokowego w wiądzie pacierzowym, że wiek chorego nie jest czynnikiem mogącym rozpoznanie na jednę lub drugą stronę stanowczo rozstrzygać, że i na skuteczność lub nieskuteczność terapii nie można bezwarunkowo rachować, bo przecież i porażenia połowicze zwykłe, jeżeli polegają nie na zniszczeniu, lecz tylko na rozsunieniu lub chwilowéj przerwie odżywiania pierwocin nerwowych, mogą po, lecz nie skutkiem terapii antysyfilitycznéj zmniejszać się lub znikać, przyjdziemy do przekonania, że rozpoznanie porażenia połowiczego jako kiłowego ze stanowiska ścisłéj nauki i z matematyczną pewnością nie jest możebne. Inaczéj rzecz się ma ze stroną praktyczną. Kto dokładnie zważy wszystkie okoliczności towarzyszące porażeniu połowiczemu a powyżéj, jak mniemam, dostatecznie omówione, kto w rozpoznaniu widzi nie czczą i niepłodną zabawkę naukową, lecz skazówkę dla terapii, kto uwzględni, że w przypadkach groźnych, jakiemi są bez wątpienia objawy kiły, nie należy czekać, lecz brać się gorliwie do ratowania chorego wiedząc, że czekać znaczy tyle, co nic nie robić a raczéj gubić pacyjenta, ten oddając cały hołd nauce pójdzie za głosem potrzeby praktycznéj, trzymać się będzie tego, co jest najpodobniejszém do prawdy i zastosuje energiczną terapiję, w danym przypadku antysyfilityczną a skutek terapii, jakkolwiek może i teraz sprawy umiejętnie nie wyjaśni, będzie najlepszym, choć tylko praktycznym dowodem bystrości lekarza. Jak wszędzie, tak i tu szczególniéj, gdzie rozpoznanie nie jest absolutnie pewne, trzeba się trzymać tego, co jest najpodobniejsze do prawdy osobliwie, jeżeli nam daje jedyną w porażeniu połowiczém niewątpliwéj i wielkiéj wartości skazówkę terapeutyczną.

25. Z ogólnych to stósunków anatomicznych kiły układu nerwowego wypływa, że formy kiły mózgowéj, jakkolwiek w wielu bardzo przypadkach zbliżają się do wzorów, któreśmy co właśnie opisali, w wielu innych przecież przedstawiają najrozmaitsze i, dodajmy do tego, dla innych chorób niezwykłe a przynajmniéj rzadkie kombinacyje zboczeń czynnościowych; na tém to polegają formy mięszane.

W innych razach przypady chorobowe nie są wyraźne, lecz z powodu niskiego swego stopnia a nieraz i przelotności chwiejne tak, że odniesienie ich do właściwéj przyczyny jest nader trudne, jeżeli nie wystąpi w organizmie coś, coby z niejakiém przynajmniéj podobieństwem do prawdy pozwoliło odnieść je do kiły.

Daléj zasługują na uwagę formy skomplikowane, gdzie mamy zboczenia czynnościowe, które według ogólnych zasad dyagnostyki odnieśćby należało do rozmaitych odcinków układu nerwowego: mózgu, rdzenia pacierzowego i nerwów na obwodzie. Taką np. formę mięszaną przedstawia jeden z moich obecnie chorych, gdzie wystąpiło ogólne obniżenie władz umysłowych, obok tego porażenie mięśniów ocznych, porażenie nerwów twarzowych z jednéj strony w górnych, z drugiéj w dolnych gałązkach, porażenie jednéj odnogi dolnéj, osłabienie pęcherza moczowego i prawie zupełna impotencyja.

Ponieważ daléj kiła może nagabywać każdą część mózgu a zboczenia czynnościowe są, jakeśmy już tyle razy powiedzieli, następstwem zmiany anatomicznéj według jéj miejsca, przeto nic dziwnego, iż obok opisanych jako najczęstszych występują inne zboczenia jako rzadkie kombinacyje, objawy kiły mózgowéj mające nieraz nader wielkie podobieństwo do chorób nerwowych za odrębne zupełnie uważanych. Do takich objawów rzadkich kiły policzyć należy ataksyję, pląsawicę, atetozę, porażenie opuszkowe, zwiększenie pragnienia i oddawania moczu, moczówkę cukrową, białkomocz, zboczenia w narządzie krążenia. Kiłową naturę tych zboczeń wywodzimy z pojawienia się ich u ludzi kiłą dotkniętych nieraz po, wraz lub przed innemi przypadami kiły i ze skutków leczenia.

Co do stanu ogólnego, ludzie zboczeniami kiłowemi ze strony mózgu dotknięci w wielu przypadkach nie podupadają pod względem ogólnego odżywienia; najczęściéj atoli okazują wybitne i postępujące ciągle charlactwo objawiające się niedokrewnością, barwą brudno ziemistą skóry, ogólném osłabieniem.

26. Na zboczeniach czynnościowych dotąd przez nas

---

[1]) *Berlin. klin. Wochenschrift* 1873. Nr. 33. Używa pełną strzykawkę Pravaza jednoprocentowego rozczynu wodnego *Acidi carbolic. chemic. puri.*

opisanych zazwyczaj nie kończy się kiła mózgowa; wypada nam przeto zastanowić się nad dalszym stanem chorych.

Naprzód uwzględnić należy stósunek terapii do kiły mózgowéj, który jest trojaki: pomyślny, średni i niepomyślny. W stósunku pomyślnym leczenie swoiste prowadzi do zupełnego wyleczenia chorych, w stósunku średnim otrzymujemy przez leczenie właściwe ograniczenie choroby w pewnym okresie do jakiegoś stopnia tak, że pozostaje już nie choroba, ale tylko stan chorobowy niedostępny wprawdzie dla leczenia, który atoli już nie postępuje i co najwyżéj tylko upośledza pewne funkcyje. Tak bywa mianowicie z wieloma porażeniami i zboczeniami psychicznemi, które zostają nie zagrażając daléj życiu i zdrowiu chorego. W stósunku niepomyślnym choroba mimo leczenia nawet energicznego postępuje daléj, ale i w tych przypadkach według doświadczenia terapija opaźnia przynajmniéj bieg a tém samém oddala niebezpieczeństwo, chociaż go oczywiście nie usuwa. Przypadki nakoniec, w których leczenie nic, bezwarunkowo nic nie skutkuje, są bardzo rzadkie.

Nad dalszym przebiegiem tych przypadków, które albo całkiem dla leczenia nie są dostępnemi albo w których leczenie z jakichbądź powodów nie rozwinęło pożądanéj skuteczności, wypada się teraz zastanowić.

W takich przypadkach przychodzi do objawów mózgowych świadczących o całkowitéj zmianie destrukcyjnéj t. j. rozmiękczeniu, którego objawy są dwojakie: jedne ograniczają się do zboczeń czynnościowych tych samych, które kiła mózgowa okazywała w końcu swego postępu, a że te zboczenia mają charakter ogniskowy, więc i te objawy następowe mają znaczenie także ogniskowe i świadczą o zmianie ograniczonéj w mózgu; drugie przeciwnie dowodzą rozszérzania się zmiany anatomicznéj, przezco oczywiście zmienia- się i to znacznie postać choroby.

Do takich zboczeń czynnościowych, ogniskowych liczymy przedewszystkiém porażenia nerwów mózgowych i porażenia połowicze, które przy odpowiedniéj terapii lub bez niéj nabierają znaczenia stanu chorobowego a opierając się stanowczo wszelkim usiłowaniom leczniczym nie ulegają żadnéj dalszéj zmianie i prócz upośledzenia pewnych funkcyj zresztą organizmowi nie szkodzą. Padaczka, afazyja i zboczenia psychiczne nader rzadko zostają *in statu quo*, lecz prowadzą do ciężkich zboczeń następowych.

Jeżeli zaś przeciwnie zmiana chorobowa tracąc swój charakter ogniskowy rozszérza się w mózgu, wtedy naturalnie rozszérzają się i mnożą jéj przypady w ten sposób, że różne objawy łączą się razem lub ukazują się nowe nigdy przedtém nie byłe. O niektórych kombinacyjach tego rodzaju mówiliśmy poprzednio i wykazaliśmy mianowicie, iż kiła lubo, z upodobaniem rozpoczyna się od pewnych, ściśle oznaczonych niby lżejszych zboczeń czynnościowych, grających rolę jakoby zwiastunów, po których dopiero następują inne cięższe zboczenia, to przecież w wielu przypadkach rozpocząć się może i rzeczywiście rozpoczyna odrazu od przypadów ciężkich. Tak np. wiadomą jest rzeczą, iż ból głowy, bezsenność, zawroty, przelotne porażenia w wielu przypadkach są poprzednikami napadów epileptycznych, trwałych porażeń, zboczeń umysłowych, gdy w innych zmiana chorobowa odrazu i bezpośrednio może się odsłonić padaczką, napadami apoplektycznemi, zboczeniami psychicznemi, afazyją, porażeniem połowiczém itd. Otóż czy w ten czy w ów sposób przebiega kiła mózgowa, objawy przedtém proste komplikują się, bo do przypadów pierwotnych z biegiem czasu przyłączają się inne. Tak np. do napadów epileptycznych przystępują zboczenia umysłowe, porażenia połowicze, napady apoplektyczne, do zboczeń psychicznych zboczenia w sferze ruchu i czucia, padaczka, do porażeń nowe porażenia, utrata pamięci, mowy, padaczka, apopleksyja.

Jakie są dalsze następstwa z postępu choroby i łączenia się rozmaitych przypadów w coraz wyższym stopniu, łatwo naprzód odgadnąć. Przypadki, które od siebie z początku nieraz całkiem były odmienne, z biegiem czasu i uogólniania się choroby stają się coraz sobie podobniejszemi, przezco powstaje zadziwiająca jednostajność obrazu do pewnego stopnia. Zastanówmy się teraz nad szczegółami tego obrazu.

27. Zboczenia czynnościowe w nim możemy na dwie główne podzielić gromady: zboczenia co do ruchu i zboczenia psychiczne, które występują osobno albo razem z poprzedniemi.

Co do zboczeń w ruchu, są to oczywiście porażenia: w postaci bądź porażenia połowiczego, bądź porażeń mięśniów ocznych, bądź co najrzedziéj, porażenia połowiczego twarzy.

Najważniejszém z nich jest naturalnie porażenie połowicze, które w rozmaity sposób zachowuje się względem terapii. W rzadkich przypadkach ustępuje nawet i w tym okresie choroby, o którym mowa, zupełnie bez śladu; najczęściéj ustępuje tylko do pewnego stopnia zostawiając po sobie albo wyraźny niedowład mianowicie w odnodze gornéj albo przynajmniéj pewną niezręczność, pewne utrudnienie ruchów delikatniejszych albo wreszcie opierając się stanowczo wszelkim usiłowaniom leczniczym pozostaje stale i niezmiennie na przyszłość.

Zboczenia psychiczne pod pewnym względem stanowią analogiję do porażeń co właśnie opisanych. Jak przed porażeniami w wielu bardzo razach występują przypady dowodzące zadrażnienia części ruchowéj układu nerwowego, tak samo na odwrót zboczenia psychiczne w przerzeczonym okresie choroby, jakkolwiek z początku mogły występować w postaci podniecenia, teraz ostatecznie prowadzą do obniżenia czynności umysłowych, i do tępoty i ogłupienia. I w tym jeszcze okresie może przyjść do wyleczenia a dzieje się to w ogólności tém łatwiéj, im więcéj jest objawów podniecenia, gdy przeciwnie przypadki, gdzie zaraz z początku mamy do czynienia z obniżeniem władz umysłowych, są bez porównania trudniejsze do wyleczenia i przebiegają zwykle niepomyślnie. W ogólności słusznem zupełnie i zgodném z doświadczeniami innych i naszém jest twierdzenie Fourniera, że zboczenia psychiczne w przebiegu kiły mózgowéj są ciężkim bardzo objawem a to z dwóch powodów: raz ponieważ same przez się są ważnym przypadem, powtóre, ponieważ nie dozwalają zazwyczaj na pomyślne rokowanie. W lekkich przeto nawet przypadkach trzeba z rokowaniem nader być ostrożnym pamiętając, że i takie zazwyczaj przebiegają niepomyślnie.

Pod względem stopnia trzy rodzaje można odróżnić zboczeń psychicznych: w pierwszym najniższym jest lekkie osłabienie władz umysłowych. Chorzy tacy są zdolni wprawdzie do dawnego swego zawodu i na pozór nie okazują żadnego zboczenia chorobowego a przecież przy dokładniejszém badaniu ich słów i czynów mianowicie przez tych, którzy ich dawniéj znali, okazują widoczne osłabienie energii władz psychicznych, zmniejszenie pamięci, pojętności, zdolności do pracy umysłowéj. W stopniu drugim zboczenia

są wybitniejsze; chorzy nim dotknięci nie popełniają wprawdzie żadnych czynów niedorzecznych, ale robią wrażenie dzieci, które trzeba na każdym kroku prowadzić; zazwyczaj więc nie mogą oddawać się swemu zawodowi. W ostatnim i najwyższym stopniu władze psychiczne jeszcze większy okazują upadek; chorzy stają się apatycznymi, niezdolnymi do pojmowania nieraz rzeczy najprostszych, nie myślą prawie o niczém, mówią bardzo mało i to w sposób dowodzący braku świadomości o tém, co ich otacza, nie trudnią się niczém, lecz siedzą nieczynnie przez dzień cały lub niby czytają prawie atoli nic z tego nie rozumiejąc.

Najczęściéj zboczenia psychiczne łączą się ze zboczeniami w zakresie ruchów i tworząc obraz albo rozmiękczenia chronicznego mózgu albo niedołęztwa umysłowego z porażeniem stanowią dwie ostateczne formy kiły mózgowéj.

Nad dwoma temi formami chorobowemi nie potrzebujemy się bliżéj zastanawiać a to dla tego, że chociaż powstały z kiły, nie mają w sobie nic charakterystycznego i nie różnią się niczém od rozmiękczenia po porażeniach np. połowiczych i udarach, tudzież niedołęztwa umysłowego zwyczajnego z porażeniem. Przyczyna tego tkwi w tém, że tak jedno jak i drugie zboczenie chorobowe nie jest skutkiem bezpośrednim kiły a polega na zmianach anatomicznych najpodobniéj do prawdy prostych, od kiły tylko pośrednio zależnych. Jestto zarazem dowodem, że kiła mózgowa rzadko zabija bezpośrednio przez właściwe sobie zmiany anatomiczne i że powodem zakończenia śmiertelnego są raczéj zboczenia pośrednio tylko od kiły zależne.

28. Jeżeli choroba doszła do okresu co właśnie opisanego, zakończenie się sprawy być może trojakie:

1) Chorzy żyć mogą i żyją z upośledzoną czynnością mózgu, jeżeli tylko zmiana anatomiczna nie nagabuje części do życia nieodzownie potrzebnych.

2) Albo umierają skutkiem zmian następowych, zapalnych lub ischemicznych w sąsiedztwie zmian pierwotnych, w postaci bądź udaru bez lub z porażeniem połowiczém i śpiączki, bądź licznych napadów epileptycznych, z których nie wychodzą, z następową śpiączką, bądź skutkiem powolnego gaśnienia czynności żywotnych wśród śpiączki, bądź wśród objawów ostrego zapalenia mózgu i opon, bądź nakoniec skutkiem charłactwa lub odleżenia się.

3) Albo wreszcie umierają z przypadkowych chorób np. tyfusu, a najczęściéj ze zapalenia płuc.

Co do przebiegu, kiła mózgowa zostawiona saméj sobie postępuje naprzód powoli, lecz ciągle objawiając się przypadami coraz cięższemi.

Średnio biorąc stan taki trwa dwa lata.

Od tego zwykłego przebiegu atoli liczne napotykamy wyjątki. I tak w niektórych przypadkach sprawa postępuje o wiele szybcéj tak, że w przeciągu kilku miesięcy przychodzi do zakończenia śmiertelnego. W innych po przypadach bardzo nieznacznych, które nieraz nie skłoniły nawet chorego do szukania pomocy lekarskiéj, przychodzi nagle i niespodziewanie do ciężkich przypadków mózgowych, które nader prędko zakończają życie lub po przypadach wcześniejszych, mniéj więcéj lekkich, trwających czas jakiś występują nagle groźne zjawiska i prowadzą do niepomyślnego końca. Tutaj to odnieść należy przypadki śmierci nagłéj z kiły, gdzie autopsyja nader często nie wykrywa żadnej bezpośredniéj przyczyny zakończenia tak niepomyślnego. W rzadkich razach przychodzi do zapalenia mózgu i opon tak, że chorzy giną wśród gorączki a przy autopsyi znajdujemy świeżą sprawę zapalną i dawne twory chorobowe będące jéj przyczyną.

Niekiedy zamiast powolnego postępu można widzieć przebieg jakby skokami: tj. pewne przypady wystąpiwszy raz ustępują w całości lub w części lub zostają bez zmiany i dają powód do stanu chorobowego, który napozór nie okazuje skłonności do pogorszenia się, gdy nagle nowe ukazują się zjawiska, znikają lub pokazują się na nowo, poczém znów pauza w przebiegu, nieraz nawet z polepszeniem itd. To niedoświadczonych uwodzi skłaniając ich do rokowania pomyślnego, które nieraz skutkiem wystąpienia nagłego nowych, ciężkich i niespodziewanych przypadów okazuje się grubą pomyłką. Nie trzeba téż zdaniem naszém kile mózgowéj nigdy dowierzać, nawet wtedy, gdy przypady jéj same lub pod wpływem terapii ustępują, bo i w takich razach nierzadko po latach pomyślnych lub znośnych przychodzi do powrotu dawnych lub okazania się nowych, ciężkich i niebezpiecznych przypadów, które nagle całą scenę zmieniają i tam, gdzie się tego najmniéj można było i należało spodziewać, nader groźne zwiastują niebezpieczeństwo.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Herman Cohn: **O piśmie, druku i rozwielmożnianiu się myopii.**

(Sprawozdanie z wykładu na 53 Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Gdańsku).

Na pierwszém ogólném posiedzeniu 53go Zjazdu niemieckich przyrodników i lekarzy w Gdańsku miał Prof. Cohn w dniu 18 września br. rzecz o przyczynach i zastraszającém szerzeniu się krótkowidzenia. Ze względu na niezmierną ważność sprawy, któréj doniosłość sięga nie tylko po za granice specyjalności, ale nawet nauki lekarskiéj w ogólności mamy sobie za obowiązek podać w obszernym wyciągu treść tego zajmującego wykładu.

Według Dondersa rozróżniamy trzy rodzaje oczów: 1) oczy o należytéj długości osi czyli oczy prawidłowe lub miarowe *(Emmetropia)*, 2) oczy z osią zbyt długą, czyli krótkowidzące lub niedomiarowe (*Myopia*); 3) oczy z osią za krótka czyli nadmiarowe (*Hypermetropia*). W oczach krótkowidzących jest więc oś za długą, a promienie świetlne pochodzące od przedmiotów odległych nie łączą się na siatkówce, lecz przed nią, padając zaś na siatkówkę rozchodzą się już na nowo i nie tworzą na niéj obrazu punktu, z którego wyszły, lecz okrąg rozpierzchły. Krótkowidz widzi zatém bez pomocy szkła wklęsłego wszystkie przedmioty odległe, zamazane, mrużąc powieki stara się on zmniejszać okręgi rozpierzchłe, a od tego mrużenia (μύειν) pochodzi nazwa myopija.

Istota myopii polega więc na przedłużeniu osi ocznéj. Zachodzi pytanie w jaki sposób powstaje to przedłużenie? najrzedziéj bywa ono wrodzoném, a prawie nigdy nie napotykał go C. u dzieci poniżéj 5 lat, natomiast dowiedziono, że ono powstaje skutkiem pracy ocznéj w pobliżu, mianowicie w wieku szkolnym.

Okoliczność, że wielu uczniów wyższych zakładów naukowych używa okularów zwróciła już przed 40 laty uwagę władz, które się nad tém zastanawiały, lecz badania le-

karskiego uczniów nie zarządziły. Edward Jaeger w Wiedniu ma tę zasługę, że pierwszy badał w roku 1861 za pomocą wziernika 200 dzieci, sam jednak przyznał, że ta zbyt szczupła liczba nie uprawnia do wniosków ogólnych.

W roku 1865 zaczął C. badać dzieci szkolne w Wrocławiu i jego okolicy, a zbadawszy za pomocą wziernika i skali druków z górą 10,000 dzieci wypowiedział trzy następujące wnioski:

1) W szkołach wiejskich nie ma prawie krótkowidzów, lecz w miarę coraz większych wymagań szkoły wzmaga się ich liczba w zakładach wyższych, a dochodzi do szczytu w gimnazyjach.

2) Liczba krótkowidzów rośnie prawie stale od najniższéj do najwyższéj klasy we wszystkich szkołach.

3) Przeciętny stopień myopii wzmaga się od klasy do klasy tj. krótkowidze widzą coraz króciéj.

Do zgodnych wniosków doprowadziły badania uskuteczniane po różnych miastach europejskich i amerykańskich z całą dokładnością przez okulistów, a obejmujące przeszło 40,000 uczniów, co tém bardziéj uwydatnić należy gdy niedawno temu powątpiewano jeszcze w pruskiéj izbie poselskiéj żeby myopija wzmagała się istotnie w sposób tak przerażający.

Wykładający przedstawia wyniki tych badań ułożone w postaci tablic.

Pierwsza tablica wykazuje, że w szkołach wiejskich znaleziono wszędzie zaledwie 1% krótkowidzów, w szkołach początkowych już 5 do 11%, w szkołach żeńskich (*Töchterschulen*) 10 do 24%, w szkołach realnych 20 do 40% a w gimnazyjach 30 do 55%.

Uczniów uniwersyteckich badano dotąd niestety tylko w Wrocławiu. C. znalazł w r. 1867 60%, a szczegółowo między uczniami wydziału lekarskiego 56% krótkowidzów, badając zaś powtórnie w lipcu tego samego roku już 57%. Odsetka krótkowidzów u uczniów niższych kursów wynosiła tylko 52, u słuchaczów klinik zaś 64, czego nie można poczytać za prosty przypadek, lecz za skutek przebytego *examen physicum*. Już Donders podnosił, że takie badanie uczniów uniwersyteckich byłoby bardzo pożądaném, ale jest rzeczą nadzwyczaj trudną wymódz, ażeby mu się wszyscy uczniowie poddali, chociażby to było z wielką ich korzyścią. I tak niedawno temu znalazł C. na 108 medyków 11, którzy używali okularów stanowczo niestósownych. Dr. Gärtnerowi w Tybindze udało się zbadać w ciągu prawie 20 lat 600 z górą uczniów teologii, między którymi znalazł niesłychaną odsetkę 79 krótkowidzów.

W krajach niemieckich badano dotąd zbyt szczupłą liczbę dzieci szkolnych, ażeby stanowczo uzasadnić twierdzenie bardzo rozpowszechnione i ciągle powtarzane, że myopija u niemieckiéj młodzieży szczególnie jest rozpowszechnioną. Callan znalazł w szkołach murzyńskich ten sam stosunek jak w europejskich szkołach ludowych, Erismann w Petersburgu więcéj krótkowidzów między Niemcami niż między Rosyjanami, Reich w Tyflisie więcej między Armeńczykami niż między Rosyjanami. Pflüger znalazł między nauczycielami szwajcarskiemi pochodzenia włoskiego tylko 14% między Szwajcarami niemieckiemi zaś 24% krótkowidzów. Derby, Agnew i Loring, napotykali tylko 16 do 27% krótkowidzów między uczniami szkół wyższych Ameryki północnéj. Być więc może, że Niemcy, u których przymus szkolny zaprowadzony już od tylu lat więcéj są skłonni do myopii, ale rzecz nie jest jeszcze rozstrzygniętą.

Druga tablica uwidocznia, że jak w Wrocławiu tak wszędzie liczba krótkowidzów wzmaga się od klasy do klasy, a prawdziwie przerażające są liczby w dwóch najwyższych klasach naszych gimnazyjów i szkół realnych. Wahają się one między 35 a 60%, wznoszą się w Wrocławiu do 64, w Magdeburgu do 75, w Erlandze do 88 a w Heidelbergu aż do 100!

Powątpiewanie, że uczniowie stają się w gimnazyjum krótkowidzami zbiłem, jak sądzę, powiada C., stanowczo badając tych samych uczniów wrocławskiego gimnazyjum dwukrotnie w ciągu trzech półroczy i znalazłszy że 17 z nich, którzy przy pierwszém badaniu mieli oczy miarowe stali się krótkowidzami, tudzież że większa ich połowa okazała przy badaniu powtórném wyższy stopień myopii. To samo doświadczenie zrobił później Reuss w Wiedniu, Seggl w Monachijum a Derby w Bostonie.

Trzecia wreszcie tablica potwierdza, że w coraz wyższych klasach pojawiają się coraz wyższe stopnie myopii. Stopień przeciętny wyrażony za pomocą dyoptryj wynosi w szkołach początkowych około 1.7D (=numerowi 28 według cali) w uniwersytecie zaś 2.7D (=Nr. 13).

Mamy więc do czynienia ze straszną epidemiją albo endemiją, na którą nie wolno nam oczu zamykać. Przerażającéj prawdy wynikającéj z tych zastraszających liczb nie należy obwijać w bawełnę lecz dążyć wszelkiemi siłami do wykrycia i usunięcia przyczyn złego.

Nie wdając się na teraz w dochodzenie w jaki sposób oś oczna się przedłuża, a oko staje krótkowidzącém dość będzie zaznaczyć, że soczewka wypukla się mocniéj przy pracy ocznéj. Wykładający nie jest przekonanym, że przyczyną wydłużenia osi jest usposobienie dziedziczne, a co dotąd o dziedziczności myopii pisano polega jego zdaniem na domysłach. Wątpliwość tę rozstrzygnąćby mogło tylko badanie statystyczne kilku tysięcy dzieci i ich rodziców pod względem refrakcyi oczu, a gdyby ono udowodniło dziedziczność lub dziedziczne usposobienie do myopii mielibyśmy tém większy obowiązek użyć wszelkich środków aby zapobiedz szerzeniu się tego nieszczęścia ludzkości.

Ponieważ przeciągła praca oczna jest niewątpliwie przyczyną myopii starania nasze dążyć więc muszą do zapobiegania aby dzieci nie zbliżały ócz zbytecznie przy czytaniu i pisaniu. To zbyteczne zbliżanie zaś może być skutkiem złego siedzenia, złego pisma i druku, tudzież złego oświetlenia.

Co do pierwszéj z tych przyczyn poprzestać można na kilku słowach bo pod względem urządzenia odpowiednich ławek i stołów zgadzają się wszyscy lekarze. Nie ma wątpliwości, że pozioma odległość ławki od stołu powinna być ujemna (tj. ławka podchodzić o kilka centimetrów pod płytę stołu Ref.), że stół powinien być nieco więcéj niż o długość spuszczonego ramienia wyszym od ławki (stołka), że całe siedzenie winno odpowiadać wzrostowi ucznia i mieć oparcie w plecach. Technika dawno wypełniła już te wymagania lekarskie, jak tego dowiodła wielka ilość wzorów ławek szkolnych na wystawie paryskiéj i wiedeńskiéj. Jeżeli przecież mimo to wprowadzają się w Prusiech niestety pod powagą radcy szkolnego Bocka ławki z dodatnią odległością poziomą bez uwzględnienia wzrostu uczniów dowodzi to zupełnego lekceważenia usiłowań wszystkich lekarzy którzy się tą sprawą zajmowali.

W starych ławkach muszą dzieci źle siedzieć, w nowych zaś mogą, jeżeli nauczyciel nie uważa na nie. Gdy

atoli mimo odpowiednich ławek dzieci zachowują skłonność zbytecznego zbliżania się trzeba więc przynajmniéj w części przypisać to kierunkowi pisma. Dwaj lekarze wirtembergscy Dr. Ellinger w Stuttgardzie i radca lekarski Dr. Gross w Ellwangen zajmowali się w ostatnim czasie tą sprawą.

Już Fahrner wyrzekł: „niechaj się dzieci wykrzywiają byle tylko pięknego leżącego pisma nabyły". Według Meyera z Zurychu dzieci przekrzywiają głowę na lewo ażeby lepiéj mogły oczyma iść za piórem. Dr. Ellinger widzi przyczynę tego w têm, że papier nie kładzie się prosto przed piszącym lecz ku stronie prawéj, skutkiem czego oczy znajdują się w położeniu wymuszoném będąc zniewolone spoglądać ustawicznie na prawo i na dół. Dr. Gross poczytuje błędne trzymanie się dzieci za skutek pisma niemieckiego i skośnego kładzenia papieru i podnosi słusznie, że dzieci dopóty siedzą dobrze, dopóki w początkach nauki pisania stawiają kreski proste, a natychmiast się przekrzywiają gdy im każą robić kreski pochyłe od prawéj ku lewéj.

Prof. Dr. Rydel.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Gałęzowski: **O zranieniach oka piórami stalowemi w szkołach i sposobach zaradzenia.**

Na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa medycyny publicznéj w dniu 23 lipca rb. zwrócił Gałęzowski uwagę na niebezpieczeństwo grożące uczniom szkół średnich przez zranienia oka piórami stalowemi. Zranienia takie prawie nieochybnie pociągają za sobą utratę oka a w przypadkach niepomyślniéj przebiegających osłabienie lub utratę wzroku i na drugiém oku. Przypadków takich obserwował Gałęzowski dotąd przeszło 50 i w wykładzie, o którym mowa, przytoczył z nich kilka, które już w bieżącym roku miał sposobność widzieć.

W lutym rb. przyprowadzono mu siedmioletniego M. z ciężkiém zranieniem oka lewego. Kolega szamocząc się z nim o pióro stalowe wyrwał mu je z rąk wbił mu je w oko. W skutek tego wywiązała się *Irydo-cyclitis supurativa* i zaćma, rogówka obumarła, oko uległo zanikowi, pozostało bolesném i łzawiącém. Dziecko nie tylko, że musiało zaniechać wszelkiéj pracy ale podupadło w ogóle na zdrowiu i osłabło, od czasu tego przypadku nie ma apetytu, siły nader powoli powracają. Na drugiém oku chory ma poczucie światła, oko to nie jest chore ale zachodzi obawa że wystąpią objawy sympatycznego zajęcia, które bardzo prawdopodobnie skłonią do wyjęcia oka zranionego. Rodzice chorego zamierzyli wytoczyć proces rodzicom dziecka, które stało się przyczyną zranienia i nauczycielowi, który nie był w szkole obecnym, żądając 5000 franków wynagrodzenia i zażądali od G. świadectwa choroby. Gałęzowski uważając jednak proces ten za niesłuszny odmówił świadectwa.

W dniu 5 lipca przyprowadzono znów do kliniki Gałęzowskiego sześcioletniego chłopca P., z raną rogówki i tęczówki i z następową zaćmą. Chłopiec ten w szkole schylił się a podnosząc się nagle zranił się o pióro, które jego kolega trzymał w ustach.

Trzeci przypadek dotyczył 4½ lat liczącego chłopczyka u którego widział także w skutek rany od pióra stalowego leucoma z zrostem i zarośnięciem źrenicy oraz zaćmą torebkowo-soczewkową.

U czwartego chłopca F. powstała po zranieniu piórem stalowém zaćma zupełna na oku prawém.

G. mógłby przytoczyć kilka jeszcze podobnych zranień powierzchownych i niециężkich. W roku 1879 obserwował takich przypadków 8 a w r. 1878 aż 13.

Przypadki takie zagrażają życiu chorych a choć są to przypadki rzadkie to dla rodziców dzieci bardzo przykre, ci ostatni z zaufaniem poruczają dzieci szkole a widzą je powracające z utratą jednego oka gdy równocześnie i drugie jest zagrożone.

Kogóż winić w takich przypadkach, czy nauczyciela czy rodziców dziecka, które stało się powodem zranienia? Nauczyciela nie podobna bo jakżeż zdoła on zapobiedz aby dziecko nie uchwyciło pióra kolegi i nie zraniło się samo lub nie zraniło drugiego dziecka, jakżeż może on ten nagły ruch powstrzymać. Jeszcze dziwniejszym, zdaniem G., jest obwinianie rodziców tego dziecka, które stało się przyczyną zranienia.

Rozstrzygnięcie tego pytania należy pozostawić prawnikom, do higijenistów należy o ile możności czynić zakłady szkolne zdrowszemi, usuwać z nich wszystko to co może stać się dla uczniów szkodliwém a zarazem wskazywać środki zaradcze. W tym przypadku nie można nic innego doradzać jak tylko zalecać zastąpienie piór stalowych w szkołach niższych piórami gęsiemi. Te ostatnie są miękkie, uginają się i nie przebiją rogówki, mogą one nadwerężyć tę błonę, stać się powodem plam większych lub mniejszych ale nie mogą stać się powodem obrażeń cięższych, któreby za sobą pociągły utratę wzroku.

Kończąc wykład Gałęzowski: 1) poczytuje pióra stalowe za przyrządy niebezpieczne dla dzieci; 2) sądzi, że wypada starać się, aby w szkołach niższych w ich miejsce używano piór gęsich; 3) zdaniem jego w dzisiejszych okolicznościach odpowiedzialność w przypadkach zranienia dzieci przez dzieci w szkole nie może ciążyć ani na nauczycielach ani na rodzicach tych dzieci, które stały się powodem zranienia. (*Rev. d'hyg.* 1880 Nr. 9, z d. 15 września rb.).

Dr. Grabowski.

Eddmon: **O manaca.**

Tego środka czyszczącego używa od r. 1867 Eddmon i podaje o działaniu jego (w *The London Med. Record* 1880 Nr. 60) następne szczegóły: Roślina ta ma smak gorzki, do wymiotów pobudzający, ostry i należy do środków najsilniéj czyszczących jakie w Brazylii napotykamy. Eddmon używa nie tylko jak Hansen korzenia ale i liści i pędów téj rośliny jako silnego środka wymiotno-czyszczącego, napotnego, moczo-pędnego i jako bardzo dzielnego środka przeciwkiłowego. Brazylijczycy poczytują go za bardzo skuteczny środek przeciw ukąszeniom wężów z powodu działania na krew, okazał się téż bardzo skutecznym jako środek pomnażający wydzielinę nerek i skóry i wydalający temi drogami produkta chorobowe. Sproszkowany korzeń zadaje się po 0·3 do 0·6 trzy do czterech razy dziennie lub téż w postaci odwaru 10,0—15,0 na 100. Po trzech do czterech dawkach chory uskarża się na ból głowy, obfite poty i silne swędzenie w całéj skórze. Zieloną roślinę przykładają w Para na wrzody. Z powodu częstego używania tego środka w chorobach wątroby i w ogóle w cierpieniach, w których zwykle przepisujemy rtęć, w południowéj Ameryce nazywają ten środek także *Mercurius vegetabilis.* *K. G.*

Wiadomości pomniejsze.

(K. G.) Soltmann (*Bres. aerzt. Zeitschrift* 1880, N. 8) zachwala jak wielu innych autorów przed nim użycie arszeniku w pląsawicy. Podawał on z pomyślnym skutkiem *Sol. arsenic. Fowleri c. aqua āā 7.5*, 3 razy dnia po 4—6 kropel a średnio w ciągu 16—21 dni nastawało wyleczenie. Natomiast nie widział skutków po użyciu propylaminu, (który przed niejakim czasem tak gorąco Purkhauer zachwalał), mimo że używał różnych przetworów z różnych fabryk, a nawet w niektórych przypadkach z powodu ubocznych przypadków gastrycznych musieli chorzy zaniechać używania propylaminu.

* Mackery (*Brit. med. Journal* z dnia 8 sierpnia 1880) zalecił idąc za radą Berkarta z nader pomyślnym skutkiem wstrzykiwania podskórne pilokarpinu przeciw *Asthma bronchiale*. Napady w ciągu kilku poprzedzających miesięcy bardzo często się powtarzające tak, że chory przez całą zimę aż do czerwca był niezdolnym do pracy, znikły po niespełna tygodniowém używaniu 0·02 pilokarpinu dziennie. (K. G.)

(K. G.) Kwas karbolowy jako lek przeciwgorączkowy. Na posiedzeniu Akademii lekarskiéj paryskiéj w dniu 7 września rb. prof. Dr. Desplats z Lille podał wynik swych doświadczeń co do działania kwasu karbolowego. Wyniki te są następujące: 1) Kwas karbolowy zawsze ilekroć go stosujemy w odpowiedniéj dawce u gorączkujących, obniża ciepłotę znacznie i nagle. 2) To obniżenie ciepłoty przed tém podniesionéj można stale utrzymywać dalszemi dawkami tak że łagodzenie ciepłoty w ręku lekarza spoczywa. 3) Dawki, które dotychczas za trujące poczytywano, można bez niebezpieczeństwa przekraczać. D. przytacza przypadki, w których chorzy przez kilka dni z rzędu 8, 10, a nawet 12 grm. kwasu karbolowego zażywali. 4) Odbytnica jest najodpowiedniejszą drogą do wprowadzania kwasu karbolowego ale nie można do enem więcéj niż 1—2 grm. dodawać.

Wnioski te opierają się na 5 spostrzeżeniach u chorych na dur, 1 przypadku ospy, 1 połogowego zapalenia otrzewny, kilku gruźlicy, oraz na licznych doświadczeniach czynionych na zwierzętach.

(K. G.) Dr. Sonneberg zaleca przeciw zatruciu kwasem karbolowym *Natrum sulph.* przepisując dla dorosłych 5—8 grm., a dzieciom 1—5 grm. na 200 grm. wody. Mocz wkrótce przybiera prawidłową barwę i można opaski karbolowe bez obawy daléj zakładać.

IV. W sprawie wodociągów m. Krakowa.

W ostatnich dniach poruszono publicznie sprawę wodociągów m. Krakowa, od dawna zasługującą na przypomnienie. Samo już jéj podjęcie, nader właściwe, wskazuje, o ile zaopatrzenie Krakowa w dobrą i zdrową wodę jest sprawą żywotną i pilną.

W obec podniesionych wątpliwości uważamy za obowiązek zabrać głos w tym przedmiocie, w piśmie, które nigdy nie odznaczało się narzucaniem swych przekonań, lubo ściśle uzasadnionych, jednak niepopularnych w społeczeństwie nieuznającém niestety dotychczas doniosłości reform sanitarnych dla dobra ogółu. Mówimy zbyt może szczerze i otwarcie.

Jeżeli Kraków ma być wierny tak sympatycznie wygłoszonemu hasłu: „wyżéj, wyżéj Krakowie“ przedewszystkiém winien wstąpić na drogę niezbędnych ulepszeń zdrowotnych.

Miasto nasze pod dzielném kierownictwem swego Prezydenta uczyniło co mogło dla utrzymania historycznego swego znaczenia w kraju i w narodzie. Nie tylko jednak wielka przeszłość ma swoje wymagania. Teraźniejszość i przyszłość grodu naszego wymaga równéj, jeżeli nie większéj opieki. Mając konserwatorów przeszłości równém prawem domagać się możemy konserwatorów przyszłości, która wspierając się na wzniosłych tradycyjach wymaga zarazem uwzględnienia niezbędnych warunków codziennego bytu.

Kraków, który tyle złożył świetnych dowodów swéj żywotności nie może upaść pod brzemieniem niedostatków ją podkopujących. Do takich między innemi należy brak czystego powietrza, zdrowéj wody i czystego podziemia.

W tym przedmiocie, ile wiemy, Komisyja sanitarna, składająca się przeważnie z lekarzy, nieraz zwracała uwagę na środki zaradcze przeciw ogólnym szkodliwościom dla zdrowia mieszkańców, jakie w mieście naszém napotykamy.

Głos jéj jednak nie zawsze doszedł tam, gdzie dojść powinien. O czynnościach Komisyi sanitarnéj mało kto wie, rzekomi zaś jéj przyjaciele najczęściéj nie chcą o niéj wiedzieć.

W sprawie wodociągów rzecz ma się podobnie.

Z korespondencyj w „Czasie“ zamieszczonych zdawaćby się mogło, iż sprawa wodociągowa od dwóch lat zaległa z lenistwa czy obojętności jakiegoś Komitetu zdrojowego, który właściwie nie istnieje. O ile to jest sprawiedliwém niech służy do ocenienia fakt, iż od czasu pamiętnych słów prof. Dietla: „Najjaśniejszy Panie! pięćdziesiąt tysięcy Twoich poddanych w ciągłém niebezpieczeństwie epidemii z powodu braku wody“ nikogo z lekarzy krakowskich nie zapytano w sprawie wodociągów, a mimo to sprawa nie ruszyła się z miejsca.

Dziewięć czy jedenaście lat upłynęło nikogo nie obwiniano, lubo nic nie zrobiono. Dziś mają być winni ci, którzy od trzech lat na decyzyję nie wpływali, bo wpływać nie mogli.

Następnie Komisyja sanitarna zapytaną została o zdroje czatkowickie. Rozbiór chemiczny, wykonany przez prof. Stopczańskiego, istnieje od lat trzech; przed dwoma zaś laty wydane zostało orzeczenie o nieprzydatności wody czatkowickiéj, wybornéj co do chemicznego składu dla wodociągów, ze względu na jéj wysoką ciepłotę i niestałość zdrojów. Znany znów geolog Suess w piśmie własnoręczném oświadczył, jak nam z pewnością wiadomo, iż swego zdania w sprawie zdrojów czatkowickich wydać nie może, dopóki na miejscu rzeczy nie zbada. Nie mógł on przeto powiedzieć: „byle górę pogłębić, dotrzeć aż do głównego źródła i utworzyć zbiornik, a temperatura będzie bardzo odpowiednią, bo znacznie się obniży“—zdanie takie nie miałoby naukowéj podstawy.

Zarzucono nawet, że jakiś komitet zdrojowy powstrzymał świdrowanie studni nad Wisłą za cegielniami w Przegorzałach. Na ten zarzut stanowczo oświadczyć możemy, że Komisyja sanitarna ubolewała i ubolewa, iż nie widziała wody z owéj studni, jak również nie była zapytywaną w sprawie studzien głębokich kopanych na Małym Rynku, na Kleparzu, na ulicy Karmelickiéj itd.

Dla czego owe studnie wykopano i czém prędzéj zasypano, aby nawet śladu ich nie było? Na to pytanie nie jesteśmy w stanie odpowiedzieć.

Przechodzimy do obecnego stadyjum sprawy wodociągowéj.

Komisyja wodociągowa d. 6 lipca 1878 r. poleciła Dr.

Lutostańskiemu, według dosłownego brzmienia protokółu z tegoż posiedzenia:

1) „Zbadać wszystkie zdroje, stoki, potoki, strumienie i rzeki okolicy Krakowa w promieniu dwóch i pół mili co do jakości i ilości wody.

2) Opracować szczegółową kartę hidrograficzną wzmiankowanéj okolicy, na podstawie istniejącego materyjału i poczynić się mających badań.

3) Zbadać ile można w okolicy Krakowa stosunki wody gruntowéj."

Dr. Lutostański wywiązał się z tego polecenia w obszerném sprawozdaniu wraz z kartą hidrograficzną złożoném Komisyi wodociągowéj d. 15 kwietnia 1879 r.

Do ocenienia téj pracy i poczynienia odpowiednich wniosków powołał p. Prezydent komitet złożony z pp. Doc. Dr. Grabowskiego, prof. Dr. Korczyńskiego i prof. Dr. Stopczańskiego. Komitet ten uznał w zasadzie ze stanowiska higijenicznego wodę zdrojową jako najodpowiedniejszą do zaopatrzenia miasta. Z tego powodu zajmował się na miejscu badaniem zdrojów w Regulicach i Czatkowicach. A że co do tych ostatnich zachodziły wątpliwości komitet wniósł potrzebę zaproszenia p. Suessa do oświadczenia swego zdania co do trwałości zdrojów czatkowickich. Komitet ten nic więcéj dotąd zrobić nie mógł i oczekuje na dalsze wskazówki.

Na zasadzie dotychczasowych prac, badań i poszukiwań śmiało można powiedzieć, iż całkiem nie brak wody dobréj i w dostatecznéj ilości do zaopatrzenia naszego miasta, czyto zdrojowéj, gruntowéj, czy też wreszcie rzecznéj.

A jednak sprawa ani na krok nie postąpiła. Zkąd to może pochodzić?

Przyczyną zwloki, według naszego zdania, jest niepewność co do funduszu na wodociągi użyć się mającego. Fundusze te mają istnieć według jednych, gdy drudzy wprost temu zaprzeczają, jak to wnosić można z cennych lubo niedokończonych uwag gospodarskich, zamieszczonych w sprawie wodociągów w ostatnich numerach *„Czasopisma technicznego"*.

Nie wielość projektów ale obawa przed stanowczą decyzyją w obec finansowych trudności była powodem, iż sprawa wodociągowa z miejsca się nie ruszyła.

Od dotychczasowych komitetów nie można żądać stanowczego orzeczenia co do wody sprowadzić się mającéj do Krakowa; bo ono przedewszystkiém zależy od sumy na wodociągi przeznaczonéj. Można mieć wodociągi za milijony i za setki tysięcy. Różnica zaiste ogromna. Według pierwotnego programu z r. 1872 komisyja wodociągowa żądała wodociągów jednolitych, dostarczających zdrowéj wody do picia oraz dobréj na wszelkie inne użytki prywatne i publiczne. Dziś pojawiają się głosy, aby Kraków na teraz z konieczności zaopatrzyć tylko w wodę do picia, odkładając na późniéj sprowadzenie wody na potrzeby gospodarskie i publiczne.

Jak w jednym tak i w drugim przypadku wnosząc ze sprawozdania Dra Lutostańskiego z pewnością wody nie braknie [1].

Idzie tylko o zasadę.

Skoro owa zasada raz zostanie postanowioną i przyjętą wtedy sprawa cała szybkim pójdzie krokiem.

[1]) Wnioski w sprawie zaopatrzenia miasta Krakowa w wodę. Kraków 1879 r.

Znawcy, mając ściśle sformułowane pytanie, niebawem objawią swe zdanie co do wyboru i wartości wody pod względem higijenicznym; Komisyja wodociągowa obmyśli potrzebne fundusze na urządzenie wodociągów, technicy wreszcie opracują zarys projektu, którego wybór li tylko powtarzamy zawisł od rozporządzalnych funduszów, które znajdą się, bo dla sprawy tak silnie ogół obchodzącéj znaleść się muszą.

Dopóki to nie nastąpi rzecz cała obracać się będzie w błędném kole jałowych rozpraw, zniechęcających każdego z osobna i wszystkich razem, co mieli szczęście lub nieszczęście dotknąć się sprawy wodociągów krakowskich.

A więc decyzyi i stanowczego orzeczenia co do rodzaju wodociągów, które raz wyjść musi, mieszkańcy Krakowa oczekują od swéj reprezentacyi i dzielnego swego Prezydenta. My zaś ze swéj strony życzymy mu zdobycia nowego wawrzynu za wodociągi do wieńca niespożytych jego zasług. β.

Zapiski lekarskie
ze stulecia XVIgo.

Ze spółczesnego rękopisu łacińskiego
zebrał i przełożył
Prof. Dr. **Józef Oettinger.**
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

18. Roku p. 1540 dnia 8 listopada wielebny ojciec mistrz Marcin z Olkusza (Ilkusz) ś. teol. profesor [18]) mąż w wszelkiego rodzaju nauce biegły, wytrawny w radzie, a głównie doświadczony nauczyciel i mistrz matematyki wiekiem i pracami zużyty dni swoje zakończył na probostwie św. Mikołaja 14 lat zasiadłszy..... Kalendarz rzymski poprawił i ułożył, którego jeden egzemplarz przechowany jest pomiędzy przywilejami, a drugi przesłany rzymskiemu papieżowi Leonowi X dotąd się gdzieś ukrywa (str. 52).

19. Najprzewielebniejszy, słynnego imienia w Chrystusie ojciec Piotr Tomicki [19]) biskup krak. i podkanclerzy królestwa, króla Zygmunta Igo najulubieńszy pasterz, sekretarz nadzwyczajny i roztropny doradzca.... roku pańskiego 1535 długą chorobą wyczerpany dni swoje zakończył...... (Na dole dwuwiersz:

„Tarnovio belli debetur gloria magna:
Custodi legum maxima Tomitio"

Tarnowskiemu wojenna służy sława wielka: jako stróżowi praw największa Tomickiemu) (str. 53).

20. Przesławny i nauk wszelkich mistrz Stanisław syn złotnika z Krakowa [20]), św. teol. profesor jeden z najbystrzejszych, kaznodzieja polski pierwszy w kościele najśw. Panny Maryi na rynku krakowskim bardzo ulubiony i żarliwy pogromca zarazy kacerstwa luterskiego, zaledwie wiek męzki przebywszy i począwszy pierwszą porę podeszłego w 54tym albowiem roku życia swojego t. j. 1541 dnia 10 lutego, który wówczas był dniem Arystotelowym dość smutnym z ostrego zapalenia opłucnéj *(ex pleuresi acuta)* dni swoje zakończył. Był to mąż bystrego umysłu, żywéj pamięci, raźnéj twórczości i gotowéj zawsze wy-

[18]) Oettinger l. c. ust. 64.
[19]) Muczkowski: statuta p. 108, 114.
[20]) Muczkowski: statuta p. 144, 147, 164.

mowy. W każdym rodzaju nauki nieznużony dowodziciel i bystry odpieracz, nikomu nie zamilkł i każdemu się stawiał na obie strony gotowy (str. 59).

21. Wielebny mistrz Stanisław Biel z Nowego Miasta [21]) świętéj teologii 30 lat doktór a 21 lat kanonik krak., którego pamięć miła, prawdziwy naszego Uniwersytetu Abraham, bogaty w kruszec a lat pełen, doszedł bowiem 83 lat, mąż przesławny, od chłopięcia żył bezżenny *(celebs)*, mistrzem zostawszy wyjechał do Rzymu, zwiedził szkoły główne w Kolonii, w Lipsku, w Frankfurcie i inne i szczęśliwie powrócił. Żył zawsze swobodnie, lubił towarzystwo braterskie, radość uczciwą i wesołe biesiady a chociaż był starcem jednak wstrzemięźliwością i wesołością zachował oblicze i umysł czysty i kwitnący aż do późnego wieku. Był on gorliwym zwolennikiem naszego Kollegijum, co i czynem stwierdził, albowiem gdy ze zgrzybiałości ze sil opadł, nie z choroby lecz samym wiekiem wyczerpany dnia 27 sierpnia r. 1541 podłożywszy rękę pod głowę zasnął w Panu. Wielkie wyświadczył dobrodziejstwa.... (str. 60).

22. Mistrz Stanisław z Krakowa po ojcu zwany Cieśla (Cziesla) [22]) 37go roku wieku dożył, tenże gdy zdrowia był wątłego, wycieńczony usilną i natężoną nauką, będąc kanonikiem u św. Floryjana i bakalarzem teologii objął obowiązek kaznodziejski w kościele św. Szczepana, z pracy nagłą chorobą gorączkową schwycony dnia 29 stycznia r. 1542 zgasł (str. 61).

23. W ślad za nim poszedł wkrótce bo dnia 23 kwietnia (1542) mistrz Marcin z Pokrzywnicy po ojcu Polaczek zwany, jeden z najlepszych filozofów, astrologów i lekarzy, ten z dusznicy *(asmate)* w siwiźnie swojéj ze świata zeszedł i z bratem Wojciechem bakalarzem sztuk wyzwolonych i zabiegliwym lekarzem dwieście grzywien ojcowizny z czynszem 8 grzywien na dobrach pana Jerzego Niemyslawa zapisanym zgromadzeniu stołowemu większego kollegium przekazał i pozostawił razem z trzydziestu czerwonemi złotymi na obronę prawną tego czynszu. Tenże obecnie jest plebanem w Zielonkach, dwieście złotych na murowany kościół za życia wydał i wyporządził mieszkania w domu probostwa kościelnego. Miał on cześć szczególną dla dziewicy łaski pełnéj Królowéj nieba (str. 61).

24. Roku 1543 dnia 22 września, gdy okrutnie dżuma się srożyła, wielebny mistrz Jan Koffman krakowski mieszczanin *(patricius)*, kanonik sandomirski i Mansyjonarz u św. Barbary w Krakowie a przed 2ma miesiącami z kanonii św. Floryjana obrany i wprowadzony proboszczem kościoła św. Anny, zarażony chorobą zjadliwą skonał. Tenże chociaż szczupły na ciele, umysłu był potężnego, roztropny i wszystko dojrzale sprawował, przezorny w rzeczach swoich, dbały o sprawy, a obyczaj miał układny i spokojny, bogaty w pieniądze, zapisał 200 złotych na mur cmentarny a 200 grzywien domowi naszemu na kupno czynszu 10 grzywien które mają być obracane na spólny stół pod tytułem ołtarza u św. Floryjana. Wszystkim kościołom, w których posiada beneficyja piękny pomnik pozostawił szczególniéj w Sandomirskim i u św. Barbary. Niech go Bóg darzy łaską swoją (str. 62).

25. Roku pańskiego 1553 dnia 9 marca o godz. 22giéj wielebny ojciec Jakób Fredelicius z Kleparza nauk świętych profesor, kanonik krak. od lat 12tu, licząc lat życia 68 i pół skutkiem porażenia i trawiącéj gorączki (*paralisi et ethica*) z tego śmiertelnego żywota odwołany został (str. 65).

26. Tegoż roku d. 15 września o godz. 2giéj w nocy wielebny ojciec doktor świętéj teologii Jan Prosiński z Piotrkowa, mąż pilny i niestrudzony w pracy opowiadania i głoszenia słowa bożego na Subet [23]) (śpiączkę) życie zakończył, i nie dziw, że na tę chorobę ze świata zeszedł, gdyż po zmęczeniu mózgu rozmyślaniem i ciągłemi trudami wydarzają się padaczka (*epilepsia*), udar (*apoplexia),* i subet (*coma*). Nie mało podarował zgromadzeniu..... (str. 66).

27. Roku pańskiego 1554 d. 27 sierpnia o godzinie prawie 12téj wyborny ojciec Jan z Sanoka [24]) doktor prawa, proboszcz kościoła św. Mikołaja żywot śmiertelny na wieczny zamienił, który na zgrzybiałość trawiącą (*echtca senectute*) 33 tygodnie przeleżał i zgasł z wyczerpnięcia.... (str. 66).

28. Roku pańskiego 1558 d. 29 kwietnia o 6téj godzinie wieczór wyborny mąż mistrz Walenty z Rawy świętéj teologii magister przed 3ma miesiącami tym wieńcem ozdobiony, kanonik kościoła św. Floryjana, penitencyjarz w kościele katedr. krak. w szóstym czy siódmym napadzie apoplcksyi ostatnie dni zakończył. Ze znojem nieznużonym obowiązki swoje spełniał, wstydliwie zawsze żył i wstrzemięźliwie (str. 67).

29. Roku pańskiego 1559 dnia 8 stycznia wielebny mistrz Wojciech z Nowopola [25]) św. teologii bakałarz nie tak dawno na zwyczajnego profesora posunięty dni swoje zakończył, człek zacny, wszelkiego rodzaju cnotami znamienity, któremu nad uprawę nauk nic nie było ani droższego ani milszego. W greczyźnie, hebrajszczyźnie i łacinie równie biegły, dostojnikom wszystkim a nie mniéj Najj. Królowi Zygmuntowi Augustowi polecony. Jego to Król. Mość przełożył go mistrzem i wychowawcą nad wnukiem i siostrzanem swoim z Izabelli Królowéj węgierskiéj i hojnie pielęgnował, lecz gdy kraj węgierski zdrowie jego narażał a bardziéj może usilne staranie w pracy nauczania królewicza i kreślenia dzieł wybornych, powrócił do Polski i po jednym lub drugim roku, gdy nie mógł powrócić do zdrowia z upławu wpadł w omdlenie *(fluxu sincopim incidit)* i wyschnienie ciała, w wieku 54 lat życie zakończył. Zgromadzeniu naszemu puhar podwójny ważący 4 grzywny wewnątrz i zewnątrz pozłacany, dar zapewne królewski, ofiarował. Potém wykonawcy jego testamentu Mikołaj Bożęciński (Bozencinus) i Jan ze Lwowa zebrawszy pewną kwotę kupili dzban *(cantarum)* srebrny obejmujący pół garnca wina, ceniony na 54 złotych lub więcéj i ofiarowali naszemu stołowi ku użytkowi na ozdobę domu i biesiad uniwersytetu (str. 68).

30. Tegoż roku 1559, dnia 18 listopada o godzinie 14 zakończył dni swoje słynny mąż Benedykt z Koźmina [26]) miasteczka wielkopolskiego, ten zapewniał, że przybył do Krakowa w r. 1520 ubogi w pieniądze, lecz z umysłem obrotnym do wszelkiego rodzaju nauki i z przyrodą badawczą. Porzuciwszy drobnostkowe zacieki Skota [27]) oddał się cały wymowie, pilnie przetrząsał Plauta, Terencyjusza a Cycerona zarówno filozofa jak mowcy wszystkich dzieł

[21]) Muczkowski: statuta p. 92, 113, 134, 194.

[22]) Muczkowski: statuta p. 176, 179.

[23]) Subeth Avicennae idem quod Coma (Steph. Blancardi Lexicon medicum etc. Lugd. Batav. 1756.

[24]) Wiszniewski l. c. VI; 550.

[25]) Oettinger l c. ust. 148.

[26]) Wiszniewski l. c. VI, 172, 173, 317.

[27]) Jan Duns przezwany Scotus jeden z najsławniejszych scholastyków i naczelnik szkoły Skotystów, umarł 1308.

się nauczył czytając je już prywatnie, już publicznie. Od wszystkich chciwie był słuchany dla siły wymowy i świetności wysłowienia.... Mąż ten 62 blisko lat przeżył i zwielką wszystkich za sobą tęsknotą ze świata zeszedł... Nb. Niemcy Erazma Roterdamczyka, Polska Benedykta jedynego miała (str. 69).

31. Roku 1561 dnia 1 września o godzinie 18 wielebny ojciec Antoni z Napachania[28]) wsi o 2 mile od Poznania odległéj, syn sołtysa życie zakończył, który 2 lata chorował i ciągłą niemocą dotknięty nie opuszczał obowiązków swego zawodu... zmarł zaś skończywszy rok 67 wieku w zupełnéj siwiznie (str. 70).

32. Roku pańskiego 1559, dnia 8 lipca Mikołaj syn Wojciecha z Wieliczki[29]) życie zakończył; sztukę lekarską, któréj był doktorem 42 lat wykonywał, skończywszy wieku swego lat 69½, darował Uniwersytetowi dwa kubki piękne wartości 24 złot., ze znakiem ☿ na dnie ksiąg także 6 dał na użytek lekarzy głównie profesorów pod warunkiem, aby je następcom oddali (str. 70).

(Dokończenie nastąpi).

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 36 (do 4 września) ospa złagodniała w Londynie. Umarło 5, leczyło się w szpitalach 117, świeżo zapadło 7. W Wiedniu umarło tylko 8, w Budapeszcie, Pradze, Barcelonie i Aleksandryi po 2, w Odessie 3, w Maladze 4, w Paryżu 49. Z tyfusowych gorączek umarło mniéj w Paryżu i Petersburgu. Z duru osutkowego umarło w Londynia 4, w Madrycie 28. Z biegunki umarło mniéj w Wiedniu, Budapeszcie, Londynie i Odessie nieco więcéj w Brukselli, Paryżu, Liverpolu, Kopenhadze, Stokholmie, Chrystyjanii, Petersburgu i Warszawie. Z febry żółtéj umarło od 16—31 lipca w Rio de Janiero 8 osób. W tygodniu 3; umarło w Krakowie: 2 z ospy, 3 z plonicy, 1 z dławca, 1 z duru brzusznego i 3 z czerwonki a doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach ospy (ze szpitala św. Ludwika), 3 plonicy (2 z Podbrzezia l. 112 i z Grzegórzek), 4 dławca (z ul. św. Józefa l. 185, z Grzegórzek, z Nowéj Wsi i z Krakowa), 1 krztuśca (ze szpitala św. Ludwika), 1 duru brzusznego (ze Skrzydlny) i 1 czerwonki (z Podgórza).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 36 (do 4 września) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: w Krakowie 40,0: we Lwowie 33,4; w Warszawie 34,8; w Poznaniu 34,1; w Wiedniu 22,6; w Budapeszcie 34,6; w Pradze 37,1; w Wrocławiu 31,1; w Berlinie 33,8: Gdańsku 38,9; w Mnichowie 31,5; w Dreźnie 29,7; w Lipsku 30,7; w Genewie 19,9; w Bazylei 46,8; w Brukseli 22,3: w Amsterdamie 28,7; w Hadze 28,5; w Paryżu 24,5; w Londynie 20,8; w Kopenhadze 25,2; w Stokholmie 33,5; w Chrystyjanii 27,6; w Petersburgu 40,1; w Odessie 37,1; w Rzymie 30,1; w Bukareszcie 26,0; w Madrycie 36,4; w Barcelonie 27,3; w Aleksandryi 43,9; w Nowym Jorku 28,2; w Bombayu 31,1; w Madrasie 33,4. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 września. Zwracamy uwagę mających zamiar poddać się w najbliższym terminie egzaminowi dla fizyków przepisanemu że według drugostronnego ogłoszenia Wys. Namiestnictwa egzaminy te, które się zwykle w listopadzie odbywały, w roku obecnym mają się odbyć już z końcem października.

* Otrzymujemy następujący list w przedmiocie sprowadzania *Tereb. de Chios.*

„Należy się uznanie panu Drowi Karczowi, że się wystarał o prawdziwą terpentynę chioską, którą w Przeglądzie Lek. Nr. 38 z dnia 18 września rb. w interesie cierpiących ofiaruje lekarzom po 1 złr. za gram.

Z tych samych pobudek, chcąc biednym bardziéj jeszcze ułatwić sprowadzenie i użycie zachwalonego środka ogłaszam następny wyjątek z artykułu i z listu profesora Claya. Skłania mię do tego najprzód to, że trudno dostać prawdziwéj *Tereb. de Chios*. że widziałem z daleka sprowadzoną, któréj barwa i własności nie odpowiadały cechom przez prof. Claya podanym, nie mniéj téż powoduje mną wzgląd na koszta.

W *The Lancet* z r. 1880, str. 477 zaleca Dr. John Clay 18 ziarn terpentyny dziennie i to przez szesnaście do dwudziestu tygodni. Daléj Dr. Clay wyraża zdanie, że najlepiéj lek zadawać w formie pigułek i że podawanie zawiesiny sporządzonéj za pomocą eteru i liposoku tragankowego porzucił, dodając: „Łączyłem terpentynę od początku z kwiatem siarczanym w pigułkach, a skutek okazał się zawsze tak pomyślnym, że radzę połączkę tę zatrzymać.“

Pigułki sprowadzone ze składu wskazanego przez profesora Claya, kosztują razem z opłatą pocztową za 144 pigułek wystarczających na 24 dni około 13 do 14 złotych austr. Ilość ta pigułek zawiera 33 gramy terpentyny.

Ponieważ kuracyja trwać musi najmniéj cztery miesiące zatém sprowadzone z Anglii pigułki wymagają wydatku 65 do 70 złr. Wypadnie bowiem zapisać pięć razy po 144 pigułek, a chory biorąc sześć pigułek dziennie, zażyje w przeciągu 120 dni 720 pigułek, czyli 165 grm. terpentyny.

Nie wątpię, że terpentyna przez pana Dra Karcza sprowadzona jest prawdziwą, że sprowadzenie ze Lwowa jest łatwiejsze, ale płacąc po 1 złr. za gram, chory za 165 grm. zapłacićby musiał 165 złr., a zatém daleko więcéj niż podwójną cenę powyższą. Jeżeli do tego dodamy wydatki w aptece za utoczenie pigułek z terpentyny przez pana Karcza sprowadzonéj, każdy przyzna, że kuracyja dla mniéj zamożnego jest prawie niepodobną.

Sądzę przeto, że się biednym przysłużę, wskazując źródło jak mi je podał prof. Clay, najpewniejsze i najtańsze zkąd lek sprowadzić, a nikt uczciwy nie posądzi mię o jakiś uboczny zamiar. Prof. Clay radzi sprowadzić terpentynę chioską w postaci pigułek od pp. Southall et Comp chemików w Birmingham Bull Street.

Prof. Clay radzi chorym zażywać po dwie pigułki, trzy razy na dzień po jedzeniu. Lek musi być stósowany przez kilka miesięcy przy czém nie potrzeba zachowywać żadnych ostrożności pod względem dyjety i nie należy innych środków używać.

Tarnobrzeg 19go września 1880. Dr. A. Reifer.

Warszawa. W swoim czasie wspomnieliśmy o zamachu na Dra Kurcyjusza i o śmierci tegoż. Obecnie sprawca zamachu stawał przed sądem, i mimo że większość rzeczoznawców oświadczyła się za tém, że jest na umyśle cierpiącym, został skazanym za rozmyślne zabójstwo: na pozbawienie praw i zesłanie do gubernii Irkuckiéj na osiedlenie bez prawa wydalania się z miejsca osiedlenia w ciągu lat dwóch a z gubernij sybirskich w ciągu lat ośmiu. Z uwagi jednak, że skazany popełnił czyn w stanie chorobliwym uchwalił Sąd uczynić przedstawienie o zmianę wyroku tego na zamknięcie w twierdzy przez rok bez wszelkich innych ograniczeń. Sąd nie przychylił się do żądania zwrotu 8000 rsr. wniesionego przez petersburskie Towarzystwo ubezpieczeń na życie.

Wiedeń. Prof. Dr. Dumreicher wziął jednoroczny urlop w roku więc szkolnym 1880/1 ma go zastępować asystent.

Prof. Dr. Albert z Insbruka, ubiega się o miejsce prymaryjusza oddziału chirurgicznego w tutejszym szpitalu głównym.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Dr. Husemann w Getyndze, który otrzymał w ostatnich czasach order gwiazdy północnéj od króla szwedzkiego mianowany został profesorem farmakologii i toksykologii w Marburgu. — Prof. Dr. Schwalbe z Jeny powołany został na profesora anatomii do Królewca.

Dr. Weiss nadzwyczajny profesor chirurgii w Pradze mianowany został zwyczajnym profesorem tamże.

W Wydziale lek. wiedeńskim mianowani zostali: prof. tytularny Doc. Dr. Schnitzler nadzwyczajnym profesorem chorób narządu oddechowego i krążenia; Docenci prywatni Dr. Bandl,

[28]) Wiszniewski l. c. VI, 130.

[29]) Oettinger l. c. ust. 127.

Chrobak i Rokitansky nadzwyczajnymi profesorami akuszeryi i ginekologii; Doc. Dr. Obersteiner nadzwyczajnym profesorem fizyjologii i patologii centralnego systemu nerwowego; asystent Dr. Zuckerkandl nadzwyczajnym profesorem anatomii.

Nekrologija. W Pradze umarł Dr. Simon Strupi profesor weterynaryi w tamtejszym Wydziale lekarskim. — W Berlinie umarł tajny radca prof. Dr. Wilms używający sławy jako doświadczony chirurg. — W Ołomuńcu zmarł Dr. Maday fizyk miasta.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 39: Wolberga: O zszywaniu, odtwarzaniu się i naciąganiu nerwów (dok.); Dr. Kośmińskiego: Praktyczne przykłady oznaczania refrakcyi, akomodacyi i ostrości widzenia (dok.)

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

L. 9665
pr.

OGŁOSZENIE.

W myśl rozporządzenia c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18 Września 1875 r. odbędą się egzamina lekarzy i weterynarzy przepisane rozporządzeniem wys. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 21 Marca 1873 r. (dz. u. p. L. 37) w celu uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy urzędach administracyjnych w końcu Października b r. a to dla lekarzy w Krakowie, zaś dla weterynarzy we Lwowie.

Prośby o przypuszczenie do tegoż mają być wniesione najdaléj do 10 Października b. r. do c. k Namiestnictwa we Lwowie przez dotyczące c k Starostwa i zaopatrzone w dowody wymagane § 7mym względnie 17 powyżéj powołanego rozporządzenia.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.
We Lwowie dnia 23go Września 1880 roku,

L. 1203.

KONKURS.

Na prowizoryczną posadę akuszerki miejskiéj z płacą 72 złr. rocznie.

Kompetentki zechcą do 1go Listopada 1880 roku wnieść w dowody wieku, stanu i uzdolnienia zaopatrzone podania do tutejszego magistratu.

Magistrat król. wol. miasta
Staréjsoli dnia 18 Sierpnia 1880 r.
Burmistrz Wojtasiewicz.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	5 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 9 października 1880. **№ 41.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. DOMAŃSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. (C. d.) — II. KOPFF. Ostry gościec stawowy *(Polyarthritis acuta)*. Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu św. Łazarza w oddziale Doc. Dra Pareńskiego w l. 1876–1880. (C. d.) — III. *Oceny i sprawozdania*: Prof. Herman COHN: O piśmie, druku i rozwielmożnianiu się myopii. Sprawozdanie Dra Rydla. (C. d.) GUTTMANNN. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Odcinek*: WARSCHAUER. Piedziesiąty trzeci Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Gdańsku w r. 1880. — OETTINGER. Zapiski lekarskie ze stulecia XVIgo. (Dok.) — V. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

V.

29. Zakończenie kiły mózgowéj bywa trojakie: śmierć, wyzdrowienie niezupełne i wyzdrowienie zupełne.

Wyzdrowienie niezupełne nastąpić może z pozostawieniem albo ciężkich albo lekkich zboczeń chorobowych.

Co do zmysłów, najważniejszą acz smutną rolę dostały dwa najszlachetniejsze i do życia psychicznego najpotrzebniejsze zmysły tj. słuch i wzrok.

W zakresie słuchu przyjść może do zupełnéj utraty lub przynajmniéj znacznego upośledzenia tego zmysłu. Na szczęście przypadki tego rodzaju lubo zdaniem Fourniera nie bardzo rzadkie, dotyczą jednego tylko ucha.

Gorzéj ma się rzecz ze wzrokiem. Tu przyjść może skutkiem opisanych już zboczeń w nerwie wzrokowym do zupełnéj utraty wzroku i to na obydwóch oczach. Fournier przerażający naprawdę opisuje przypadek, w którym kiła mózgowa w formie ciężkiéj ustąpiła prawie zupełnie przed stósownem leczeniem zostawiając po sobie jedyną prawie pamiątkę dla chorego na całe życie tj. zupełną i niepowetowaną utratę wzroku na obydwóch oczach.

W sferze ruchów zostają nierzadko porażenia w wysokim stopniu czynność organizmu upośledzające lub w pewnym zakresie nawet zupełnie ją znoszące a temi są osobliwie porażenia połowicze.

Pod względem życia psychicznego nierzadko pozostaje niedołęztwo umysłowe wyższego stopnia mogące trwać i kilkadziesiąt (w jednym np. przypadku 35) lat po ustąpieniu wszelkich innych objawów kiły.

Do wyzdrowienia z pozostawieniem lżejszych zboczeń czynnościowych liczymy wszystkie te przypadki, które kończą się pozostawieniem objawów czynności fizyologiczne organizmu nie bardzo znacznie upośledzających. Tu należą osłabienie bystrości słuchu i wzroku, lekkie porażenia, niedowłady w odnogach, twarzy, mięśniach ocznych, zacinanie się w mowie, osłabienie energii władz psychicznych, pojętnosci, pamięci, pewne zobojętnienie względem świata itd.

Cięższe przypadki z téj gromady stanowią powolne przejście do gromady pierwszej, lżejsze zaś do wyzdrowienia prawie zupełnego mianowicie, jeżeli pozostałości są tak niskiego stopnia, iż łatwo ujść mogą uwadze lekarza, który, jak to osobliwie tyczy się ruchów i sfery psychicznéj, nie zawsze może chorego ciągle obserwować.

Wyzdrowienie zupełne polega oczywiście na powrocie zupełnym do stanu fizyjologicznego. Przypadki takie przy uważném i bezstronném badaniu nie są może zdaniem naszém tak częste, jak to podaje Fournier, zawsze atoli są niewątpliwe. Pod względem zakończenia tak pomyślnego następujące okoliczności zasługują na uwagę:

1) Naprzód są przypadki, jak kiły w ogóle tak kiły mózgowéj w szczególności, że tak powiem dobrotliwe, gdzie wprawdzie zboczenia chorobowe są dosyć nieraz ciężkie, ale energicznéj terapii ustępują trwale i całkowicie.

2) Im kiła tkwi dłużéj w organizmie, im wzięto się późniéj i słabiéj do właściwego leczenia, im zboczenia mózgowe więcéj wikłają się ze sobą a tém samém dowodzą istnienia wielu ognisk chorobowych, im więcéj w sferze psychicznéj objawy przytłumienia przeważają nad objawami zadraźnienia, tém mniéj spodziewać się należy zupełnego wyzdrowienia.

3) Też same zboczenia czynnościowe ze strony mózgu, jeżeli ich przyczyną jest kiła, łatwiéj dadzą się usunąć odpowiednią terapiją, niż jeżeli polegają na zmianie anatomicznéj innego rodzaju. Pod tym względem terapija antysyfilityczna, w szczęśliwych razach trafnie zastósowana, nierzadko prawdziwych jakoby cudów dokazuje w przypadkach nieraz nader ciężkich i powikłanych, nawet i zadawnionych.

O kile słusznie można powiedzieć: *nil desperandum*,

chociaż znów z innéj strony nie można zbyt różowym oddawać się nadziejom, na co w dalszym ciągu osobno jeszcze zwrócimy uwagę.

30. Zapytajmy się teraz statystycznie, jaki jest koniec kiły mózgowéj. Ponieważ obecnie nie rozporządzamy w téj mierze żadnym większym materyjałem, zadowolimy się tymczasem statystyką, jaką nam podaje Fournier z własnéj praktyki.

Owóż na 90 przypadków dokładnie obserwowanych wypadło zakończonych śmiertelnie 14 czyli przeszło 15·5%, zakończonych z pozostawieniem ciężkich zboczeń czynnościowych 33 czyli 36·7%, z pozostawieniem lżejszych zboczeń 13 czyli 14·4, wyleczonych zupełnie 30 czyli 33·3%. Przyjmując tę statystykę, w braku opartéj na większym materyjale, wypada, że kiła mózgowa jest ciężkiém następstwem choroby infekcyjnéj, któréj ludność tak słusznie się obawia, gdyż wyleczenia zupełnego lub niezupełnego z pozostaniem lżejszych zboczeń mamy 29·9%, gdy śmiertelność i zakończenie z ciężkiém nadwerężeniem organizmu wynosi 70%. Prawdopodobnie atoli statystyka w rzeczywistości jest nieco korzystniejszą, jeżeli się zważy na następne okoliczności:

1) W przypadkach powyższych mieszczą się także zadawnione, daleko posunięte, ze zmianami następowemi, gdzie już z góry żadnego pomyślnego rezultatu oczekiwać w żaden sposób nie było można.

2) Przypadki, których użył Fournier do swéj statystyki, są jedynie takie, w których co do rozpoznania nie było w granicach dyjagnostyki lekarskiéj żadnéj wątpliwości; ale ileż to mamy takich chorych, u których podejrzywamy tylko zmianę kiłową w mózgu, poddajemy ich leczeniu właściwemu ze skutkiem pomyślnym a ci to chorzy oczywiście do statystyki ściśle naukowéj nie wchodzą, jakkolwiekby ją niewątpliwie znacznie co do rokowania złagodzili.

Tak atoli czy inaczéj zapatrując się na powyższą statystykę zawsze ostatecznie dochodzimy do wniosku, że kiły mózgowéj lekceważyć nie można, a ponieważ wybucha ona w przypadkach lekkich jak i ciężkich zakażenia kiłowego, prawdopodobnie częściéj nawet w lżejszych, ztąd więc wypada konieczność jak najstaranniejszego leczenia kiły z samego początku zaraz tam nawet, gdzie nieznaczne mamy przypady. Nie trzeba się też wcale spuszczać na skuteczność w swym czasie dzielnych zresztą leków antysyfilitycznych jak rtęć i jod, bo pamiętać należy, że i te środki mają granice swego działania i w przypadkach zaniedbanych, gdzie przyszło do kiły mózgowéj, bardzo często działają wcale niedostatecznie. Za têm zdaniem najwymowniéj przemawia bliższe zastanowienie się nad owemi 14 przypadkami Fourniera śmiertelnie zakończonemi. I tak: dwóch z nich całkiem nie leczono antysyfilitycznie nigdy, ponieważ nie rozpoznano u nich kiły, w dwóch innych wzięto się do właściwego leczenia tak późno, iż żadnego po niém skutku nie było można oczekiwać, w sześciu dalszych przystąpiono późno do leczenia już po wybuchu przypadków pierwotnych ze strony mózgu. W dwóch ostatnich jedynie prowadzono leczenie wprawdzie w czasie właściwym lecz w jednym dosyć krótko a drugi dotyczył człowieka w wieku podeszłym, osłabionego w wysokim stopniu poprzedniemi objawami kiły. I to nakoniec zasługuje na uwagę, że z wyjątkiem jednego we wszystkich przypadkach właściwemi środkami leczonych a śmiertelnie zakończonych nie leczono energicznie tj. dawkami dostatecznemi.

31. Omówiwszy w ten sposób w ogólności statystykę zakończenia kiły mózgowéj wypada teraz zastanowić się jeszcze nad niektóremi innemi szczegółami. I tak co do wpływu formy, w jakiéj według przyjętego poprzednio podziału występuje kiła mózgowa, zasługują na uwagę następujące okoliczności:

1) Formy z podnieceniem czynności układu nerwowedo (padaczką, bólem, szaleństwem) są pomyślniejsze, niż formy z obniżeniem (porażeniami, anestezyjami, niedołęztwem umysłowém).

2) Ból głowy nie ma żadnego znaczenia prognostycznego, sam przez się nie grozi niczém, lecz jest zwiastunem dalszych zmian i znakiem obecności zmian kiłowych w mózgu.

3) Padaczka pozwala na dobre rokowanie.

4) Forma nawałowa, jako dosyć wczesna, nie jest bardzo niebezpieczną, lecz sama dowodzi istnienia już głębszych zmian w substancyi mózgowéj, na które nieraz wpływ terapeutyczny jest wątpliwy.

5) Forma porażna jest bardzo niepewną i ciężką. Ciężką, bo porażenia same przez się są ciężkiém zboczeniem upośledzającém ważne czynności organizmu mianowicie ze strony mózgu, dowodem nieraz zmiany anatomicznéj nieswoistéj, niedostępnéj dla terapii; niepewną, bo pojawia się przeważnie w późnym okresie, gdzie niebezpieczeństwo jest wielkie, bo nierzadko nie tylko nie ustępuje, ale nawet prowadzi do dalszych a niebezpiecznych zmian.

6) Forma psychiczna jest zawsze niekorzystną: raz, ponieważ upośledza ważną czynność organizmu ludzkiego, powtóre, ponieważ bardzo często jest nieuleczną, po 3cie, ponieważ w formie niedołęztwa z porażeniem jest wprost dla ustroju niebezpieczną.

Nakoniec nadmienić wypada, że kiła mózgowa w wielu bardzo przypadkach mimo leczenia i zniknienia na pozór wszelkich objawów odnawia się bądź w téj saméj, bądź w innéj formie a i o têm pamiętać należy, że nierzadko podczas energicznego nawet leczenia swoistego przychodzi bądź do pogorszenia się obecnych bądź do okazania się nowych zupełnie przypadów. Na czém jedno i drugie polega, w téj chwili orzec nie można. Tyle pewna, że pogorszenia się lub recydywy wystąpić mogą nieraz nawet po bardzo długim czasie, w którym chory miał się bezwzględnie lub względnie przynajmniéj wcale dobrze. Czas ten trwać może miesiące, lata nawet, tak że pod tym względem nigdy kile ufać nie można.

Pogorszenia się i recydywy z wielorakich względów wielką mają wagę: okazują naprzód, iż w przypadkach odpowiednich nie ma co mówić o wyleczeniu, dowodzą daléj, iż choroba jest uporczywą, nakoniec mącą bardzo rokowanie, bo tam, gdzie wśród leczenia odpowiedniego pogarszają się przypady obecne lub ukazują nowe lub gdzie po wyleczeniu i zgubieniu wszelkich przypadów na pozór przynajmniéj przychodzi do recydywy, do ponownego ich wystąpienia, tam środki swoiste nie okażą z wielkiém podobieństwem do prawdy swéj skuteczności, tam trzeba bardzo obawiać się zakończenia niepomyślnego. Wyjątki od tego zresztą nie są rzadkie: nieraz i tam, gdzie jeden i tenże sam przypad kilka razy nawet się ukazywał, przyszło do wyleczenia i zakończenia się choroby, o ile o niém mówić można, pomyślnego.

VI.

32. Skończywszy rzecz z mózgiem wypada nam z kolei pomówić o kile rdzenia pacierzowego.

Jak już z tego, cośmy pod względem anatomii patologicznéj poprzednio powiedzieli, wypada, wiadomości nasze o kile rdzenia pacierzowego są dotychczas bardzo szczupłe a to z następujących powodów:

1) Kiła rdzenia pacierzowego jest o wiele rzedszą od kiły mózgu.

2) Z wiadomych powodów kiła rdzenia pacierzowego nie przedstawia w swych przypadach téj rozmaitości charakterystycznéj i ważnéj do rozpoznania, jaką odznacza się kiła mózgu.

3) Cierpienia kiłowe rdzenia pacierzowego trudno, prawie niepodobna za życia rozpoznać od cierpień rdzenia pacierzowego u kiłowych.

4) Skutek terapii przeciwkiłowéj, który tak ciężko zaważyć może na szali w rozpoznawaniu przyczyny przypadów mózgowych, nie wiele a nawet według naszego doświadczenia nic prawie nie znaczy dla cierpień kiłowych rdzenia pacierzowego a to dla tego, ponieważ niektóre choroby rdzenia pacierzowego, mianowicie ostre, natury niewątpliwie niekiłowéj, we wielu przypadkach ustępują rychło rtęci i jodowi, a zatém najskuteczniejszym środkom przeciwkiłowym.

33. W obec takiego stanu wypada nam na podstawie szczupłych bardzo dat anatomiczno-patologicznych i równie skąpych wiadomości klinicznych podać pokrótce, w jaki sposób kiła rdzenia pacierzowego objawiać się może, nie rozstrzygając, czy to są rzeczywiście objawy kiły, czy też tylko objawy u kiłowych, co jak łatwo pojąć, nader wielką stanowi różnicę.

Ponieważ sądząc z analogii kiła rdzenia pacierzowego tak samo nie będzie się trzymać tego organu ani podług systematu anatomicznego ani fizyjologicznego, jak nie trzymała się go w mózgu nagabując substancyję mózgową białą i szarą, tętnice i opony, przeto nie z zupełną pewnością, ale przynajmniéj z podobieństwem do prawdy spodziewać się można, że kiła rdzenia pacierzowego nie będzie się nigdy objawiać w postaci przypadów odpowiadających zajęciu pewnych części fizyjologicznych tego organu a zatém nie wystąpi w postaci czystéj ani szarego zwyrodnienia sznurów tylnych ani zaniku mięśniów postępowego ani porażenia dzieci istotnego.

Ponieważ z powodu właściwych wymiarów rdzenia pacierzowego zmiana kiłowa, jeżeli nie zaraz z początku, to przynajmniéj w dalszym przebiegu, pośrednio lub bezpośrednio nagabnąć może całe przecięcie poprzeczne rdzenia, łatwo pojąć, iż na obwodzie wystąpią objawy podobne do zapalenia poprzecznego rdzenia pacierzowego a zatém poniżéj miejsca taką zmianą zajętego upośledzonemi będą mniéj więcéj ruch i czucie, oddawanie moczu i stolca, czynności płciowe u mężczyzn. Odruchy i zboczenia w odżywianiu, przynajmniéj z początku, będą rozmaite według tego, czy zmiana chorobowa tkwi w tém miejscu, w którém nerwy czuciowe schodzą się z ruchowemi lub znajdują się części mające związek z odżywianiem; mogą być więc z początku odruchy prawidłowe lub nawet podwyższone, późniéj może ich nie być całkiem; z biegiem czasu oczywiście, jeżeli zmiana chorobowa trwa daléj lub wcale nawet się powiększa, odruchy giną. Podobne stósunki tyczą się odżywiania skóry tak, że zgorzel skutkiem odleżenia w przypadkach niepomyślnych może się wcześniéj lub późniéj pojawić. Zupełnie tak samo będzie się mieć rzecz z odżywianiem mięśniów, z tą atoli różnicą, iż gdy zboczenia pod tym względem pojawiają się dopiero po dłuższym czasie, przy zajęciu poprzeczném rdzenia prędzéj przyjść może do zakończenia się niepomyślnego lub w razie przeciwnym do wyzdrowienia lub polepszenia, nim okażą się wyraźne zboczenia w odżywianiu mięśniów.

Z tego wypada, że kiła rdzenia pacierzowego wystąpić może w postaci podobnéj do zapalenia i to albo ostro albo przyostro albo przewlekle. Zdaje się nawet niektórym autorom, iż tak zwane porażenie dośrodkowe ostre, *paralysis ascendens acuta*, jako najostrzejsze prawie cierpienie rdzenia pacierzowego jeżeli nie zawsze, to przynajmniéj najczęściéj jest przypadem kiły tego organu, z czémbym się nie mógł zgodzić na podstawie własnego doświadczenia, bo obserwowałem tę chorobę u osób, które nigdy kiły nie miały ani bezwarunkowo żadnych jéj śladów nie okazywały. To pewna wszakże, iż kiła rdzenia pacierzowego może niekiedy występować bardzo szybko w postaci jakoby zapalenia postępującego od dołu ku górze.

34. Uwzględniając te wszystkie okoliczności przychodzimy ostatecznie do wniosku, że kiła rdzenia pacierzowego nie ma w sobie nic charakterystycznego i że nawet sama kombinacyja jéj przypadów tak ważna dla kiły mózgu nie przedstawia nic odrębnego.

Zdaniem naszém atoli dwie okoliczności nie zawsze, ale niekiedy nadają właściwe piętno kile organu przerzeczonego: skłonność do powrotów i łączenie się z objawami mózgowemi.

Zapalenie tak ostre jak i przyostre rdzenia pacierzowego raz wyleczone nie powraca a przynajmniéj nie powraca bez widocznéj przyczyny; inaczéj rzecz się ma z kiłą: tak samo jak w mózgu ma w rdzeniu pacierzowym kiła skłonność do powrotów i to nieraz po bardzo krótkim czasie od zniknienia jéj przypadów.

Z objawami mózgowemi łączy się kiła rdzenia pacierzowego w ten sposób, iż albo podczas jéj przebiegu albo przed jéj wystąpieniem lub przeciwnie po zniknięciu ukazują się przypady, które według tego, cośmy dawniéj już powiedzieli, odnieść trzeba do kiły mózgu. Tak np. obserwowałem porażenie odnóg dolnych z innemi objawami zapalenia rdzenia pacierzowego w dolnéj części, które ustąpiły rtęci i jodowi, gdy po kilku tygodniach rekonwalescencyi wystąpiło porażenie niektórych gałęzi nerwu okoruchowego, twarzowego a późniéj przelotne porażenie połowicze bez utraty przytomności. W drugim przypadku pojawiło się równocześnie opadnienie powieki górnéj, porażenie niezupełne po téj saméj stronie mięśnia odwodzącego, porażenie odnóg dolnych z utratą potencyi itd. i osłabienie pojętności i pamięci.

Wprawdzie oddawna wiadomo, że w chorobach rdzenia pacierzowego natury wcale nie kiłowéj wystąpić mogą zboczenia w zakresie nerwów mózgowych mianowicie ruchowych gałki ocznéj i nerwie wzrokowym, ale po pierwsze dzieje się to najczęściéj w wiądzie pacierzowym a zatém chorobie zkądinąd łatwéj do rozpoznania albo w chorobach zapalnych wtedy, gdy zmiana chorobowa postępując daléj zajmuje odpowiednią część, tj. najwyższą rdzenia pacierzowego i rdzeń przedłużony. Kombinacyja zaś porażeń mianowicie mięśniów ocznych ze zboczeniami czynnościowemi, które trzeba na zasadach patologii i fizyjologii odnieść do dolnéj części rdzenia,

a nieraz i ze zboczeniami psychicznemi nie da się dotychczas wytłumaczyć jedną nieprzerwaną zmianą anatomiczną: sama więc przez się przemawia za kiłą. Uwzględniwszy w takich przypadkach inne okoliczności, jak skuteczność terapii antysyfilitycznéj i inne przypady, łatwo pojąć, iż to są rzadkie właśnie okazy, w których z wielką prawie pewnością rozpoznać można kiłę rdzenia pacierzowego za życia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Ostry gościec stawowy. (*Polyarthritis acuta*).

Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu św. Łazarza w oddziale Doc. Dra Pareńskiego w l. 1876—1880.

Opracował Dr. **Leon Kopff.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40.)

Zastanowię się teraz nad wynikami leczenia, jakie otrzymano w szpitalu św. Łazarza w oddziale Doc. Dra Pareńskiego.

W ciągu czterolecia, tj. od r. 1876 do 1880, do którego moja praca się odnosi, używano przeciw gośćcowi *Natrum aceticum, Kalium jodatum* wewnętrznie, *Acidum salicylicum*, *Ammonium causticum*, w paru przypadkach *Natrum benzoicum*, a w końcu wstrzykiwano podskórnie *Kalium jodatum*. Prócz tego w nielicznych przypadkach stósowano kąpiele suche, mięsienie i opaski ustalające

Wyniki leczenia temi środkami omówimy wedle porządku i czasu, w jakim ich używano.

Z alkaliów stósowano: *Natrum aceticum* i *Ammonium causticum*.

Jak wiadomo alkalia zawdzięczają swe użycie w *Polyarthritis* poglądom teoretycznym, wedle których ostateczną przyczyną *Polyarthritis*, ma być zmiana w składzie chemicznym krwi; krew ma zawierać więcéj kwaśnych składników, a w szczególności kwasu mlekowego. Richardson (*The cause of the coagulation of the blood. London* 1858, p. 371) i Rauch (*Ueber den Einfluss der Milchsäure auf das Endocardium. Dissert. Dorpat.* 1860) starali się doświadczeniami na zwierzętach udowodnić, że kwas mlekowy wstrzyknięty do krwi wywołuje zapalenie błon surowiczych. Doświadczenia te jednak i cała teoryja została zdyskredytowaną, ju żto przez innych experymentatorów [1]), którym nie udało się potwierdzić doświadczeń Richardsona i Raucha, jużtéż przez chemików, którzy nie zdołali we krwi, ani pocie chorych na ostry gościec wykryć kwasu mlekowego (Lehmann's *Lehrbuch der physiologischen Chemie II.* s. 335).

W ostatnich czasach jednak nowe spostrzeżenia i badania wykazały, że teoryja chemiczna nie jest pozbawioną podstawy. Favre wykazał w pocie reumatyków, J. Ranke [2]) w moczu i pocie ludzi, którzy dużo fizycznie pracowali, kwas mlekowy. Senator udowodnił, że nie można uważać ani prac Richardsona, ani jego przeciwników, za rozstrzygające w téj mierze, bo doświadczenia robiono na psach, królikach i kotach, a wiadomo, że zwierzęta te już z saméj natury wcale nie są skłonne do zapaleń stawów i że te wydarzają się tylko u młodych zwierząt, i to nader rzadko, têm bardziéj więc dziwnémby być musiało, gdyby się takie zmiany zastrzyknięciem kwasu mlekowego wywołać dały. Foster (*The synthesis of acute rheumatisme. Brit. med. Journal 1871, 21 December*), podając znaczne dawki kwasu mlekowego wywołał u dwóch chorych na moczówkę cukrową [1]) zmiany w stawach zupełnie odpowiednie do zmian w ostrym gośćcu. Toż samo zauważył Külz (*Beiträge zur Pathologie und Therapie des Diabetes II,* 1875, str. 166) w jednym przypadku moczówki. Spostrzeżenia te więc poparły zachwianą teoryję, która teraz wielu liczy zwolenników.

Lekarze angielscy pierwsi, o ile mi wiadomo, opierając się na powyżéj przytoczonych wywodach teoretycznych, zaczęli w gośćcu ostrym podawać alkalia i zachwalać ich działanie. Używali oni już to *Natrum bicarbonicum* już téż *Natrum aceticum*, *citricum* itd. już téż soli potasowych, magnowych (*Schönlein*), litowych i amonowych.

Naszym chorym podawano w dwudziestu przypadkach *Natrum aceticum.* Przepisywano go w następującéj formie:

Rp. *Natri acetici 20.00*
Mixtur. gummosae 200.00
S. Co 2 godziny 2 łyżki.

Chorzy znosili ten lek dość dobrze, zwykle w drugim lub

---

[1]) Möller *Symbolae ad theoriam rheumatismi criticae et experimentales.* Rozprawa habilitacyjna 1860. *Königsberger med. Jahrbücher.* 1860. T. II. S. 277. Reyer. *Zur Frage der Erzeugung der Endocarditis* itd. w *Virchow's Archiv.* XXI. 1861. S. 85.

[2]) J. Ranke (*Grundzüge der Physiologie* 1876) wykazał, że przy pracy mięśniowéj powstają w tkance mięśnia, sole kwaśne i kwasy, a w szczególności fosforan potasowy kwaśny i kwas mlekowy (C_3 H_6 O_3). Nagromadzenie tych istót sprowadza znużenie mięśnia. W prawidłowym jednak stanie ustroju, ciała te ulegają rozkładowi, a produkta rozkładu zostają z ciała wydalone. Kwas mlekowy, o który nam tu głównie chodzi, rozpada się na kwas mrówkowy (CHO_2) i octowy (C_2 H_4 O_2), według wzoru C_3 H_6 O_3 + $O = C_2$ H_4 O_2 + CHO_2. Kwasy te daléj utlenione, dają jako ostateczne produkta kwas węglowy i wodę, które zostają z ustroju wydalone. Skoro jednak, z przyczyn dotąd dla nas niejasnych, nastąpią, jak się zdaje, zmiany w ośrodkach nerwowych, regulujących przemianę pierwiastków w organizmie (Beneke, *Berlin. klin. Wochenschr.* 1876, N. 12), wówczas, i przemiana ta ulega zboczeniu, kwas mlekowy niezostaje rozłożonym, i sprowadza objawy, znane pod nazwą gośćca. Ztąd owo kwaśne oddziaływanie potu u reumatyków, przechodzące po podaniu chorym takim alkaliów w obojętne lub alkaliczne (Beneke, *Pathologie des Stoffwechsels.* 1874, S. 279). Henry znalazł w moczu reumatyków produkt rozkładowy kwasu mlekowego, kwas octowy (Neubauer. *Analyse des Harns.* 1872). Jakkolwiek to jedno tylko spostrzeżenie dodatnie dotyczące gośćca jest mi wiadomém, to przecież zważywszy, jak trudno jest wykazać kwas mlekowy w moczu świeżym, daléj że Munck i Moers znaleźli w dwóch przypadkach osteomalacyi kwas mlekowy, (*Deut. Archiv f. klin. Medizin* Bd. V, S. 485), daléj, że Schultzen wykazał go w moczu zatrutych fosforem, jakotéż chorych na *Atrophia lutea hepatis* (*Zeitschrift für Chemie von Hübner* 1867, S. 138. Küelz. *Deutsch. Archiv f. klinische Mediz.* Bd. XII, S. 248), wreszcie, że Parkes (Neubauer. *Analyse des Herns* 1872. S. 94), wykrył w moczu niektorych chorych kwas masłowy, który należy również uważać za produkt rozkładowy kwasu mlekowego, fakt ten nabiera większéj doniosłości.

[1]) Spostrzeżenia te nic nie tracą na znaczeniu przez to, że inne osoby zdrowe lub chore, mogą spożyć bez wywołania objawów gośćcowych, nawet większe ilości kwasu mlekowego, jeżeli właśnie nie miały usposobienia do *Polyarthritis.* Usposobienie to indywidualne, może już polegać na właściwéj wrodzonéj skłonności ustroju (dziedziczność gośćca), lub téż, powstać skutkiem chorób i zmian, wywołujących mniejszą odporność ustroju, lub wreszcie może być zrządzone zbyt nużącą pracą mięśniową, jak tego mamy nader liczne przykłady. (Beneke, *Berlin. klinisch. Wochenschrift* 1876, N. 12).

trzecim dniu mocz oddziaływał obojętnie lub alkalicznie. Wtedy przerywano dalsze podawanie *Natrum aceticum*, póki mocz znów nie zaczął oddziaływać kwaśno, co zazwyczaj następowało po jednodniowéj przerwie. Nie zbyt często, chorzy po dłuższém używaniu *Natrum aceticum* dostawali biegunki, niekiedy z boleściami, co jednak było tylko chwilowém zaburzeniem i prędko mijało, nieprzynosząc żadnéj szkody ustrojowi. Co się tyczy wyników leczenia, to te nie były tak świetne, jak je opisywali niektórzy autorowie.

Za podstawę w osądzeniu mniejszéj lub większéj skuteczności jakiegoś leku, przyjąłem następujące dane. Naprzód zastanawiałem się, czy po podaniu leku następowała w ciągu 3 do 5 dni ulga w bólach, daléj czy obrzmienie się zmniejszało, lub téż czy przeciwnie, mimo podawania leku, zmiany chorobowe występowały w nowych stawach, nieopuszczając naprzód zajętych. W pierwszym razie zaliczałem działanie próbowanego środka do rubryki pod napisem „z dobrym skutkiem," w przeciwnym zaś przypadku umieszczałem wynik pod rubryką „bez skutku." Następnie uważałem, czy podawany lek wywierał jaki wpływ na gorączkę, o czém wnioskowałem z obniżenia podniesionéj ciepłoty w dwóch następnych dniach, po zażyciu odpowiedniéj dawki przez chorego, biorąc naturalnie w rachubę czas trwania choroby. Po trzecie zwracałem uwagę, jaki wpływ podawany środek wywiera na częstość powikłań z chorobami serca, co następnie procentowo obliczałem. Wreszcie, obliczałem przeciętnie czas trwania choroby: 1) od jéj początku, 2) od czasu przybycia do szpitala i rozpoczęcia leczenia.

Natrum aceticum podawano w dwudziestu przypadkach. W tych postępując drogą powyżéj wzmiankowaną, otrzymałem następujące wyniki. W 21.8% przypadków stwierdzono skuteczność *Natrum aceticum*, w 78.2% zaś używano go bez skutku. Powikłania z chorobami serca wystąpiły w 15.4%. Czas trwania choroby od dnia rozpoczęcia leczenia do dnia opuszczenia szpitala wynosił przeciętnie biorąc 19.9 dni, czas zaś trwania od początku choroby przeciętnie biorąc 81.3 dni. Na ciepłotę *Natrum aceticum* nie miało żadnego wpływu.

Z tego widzimy, że jakkolwiek nie można odmówić octanowi sodowemu pewnego korzystnego wpływu na przebieg choroby, to przecież wpływ ten jest bardzo nieznaczny i w porównaniu z innemi lekami bardzo mało na uwzględnienie zasługuje.

Drugim lekiem, próbowanym w szpitalu św. Łazarza, a należącym do grupy alkaliów jest *Ammonium causticum.* O ile mi wiadomo, pierwszą wiadomość o nim podał Dr. Heller (*Wiener medicin. Presse* Nr. 46 z r. 1875, tudzież Nr. 6 z r. 1877) w Wiedniu wielce zachwalając jego skuteczność w gośćcu. Drugą wzmiankę znajdujemy w Przeglądzie Lekarskim (Przegląd Lekarski z r. 1879, Nr. 8) podaną przez Dra Wasylewskiego, z oddziału Doc. Dra Pareńskiego. Również i Dr. Wasylewski zachwala bardzo skuteczność *Ammonium causticum* i porównywając wyniki swoje z użycia wzmiankowanego leku, z rezultatami jakie otrzymał Reisz w Kopenhadze, przy podawaniu kwasu salicylowego, przychodzi do przekonania, że kwas salicylowy jedynie co do korzystnego wpływu na czas trwania gorączki przewyższa amonijak, pod innemi zaś względami stoi z nim na równi, lub nawet mu ustępuje.

Ammonium causticum, którego niektórzy lekarze li tylko dla wstrętnego smaku nie używają, podawano w szpitalu naszym po sześć kropli dziennie, przepisując go:

Rp. *Mucilag. gummi arab.*
Syrupi cortic. aurant. āā 20.00
Amon. pur. liquid. recent. gtts. sex.
DS. Co 2 godziny po 1 łyżce.

albo téż:

Rp. *Aquae foeniculi 70.00*
Syrupi simpl. 10.00
Liquor. amon. caust. recentis gtts. sex.
DS. Co 2 godziny 1 łyżkę.

Szczególniéj w ostatniéj formie chorzy chętnie używali rozczyn amonijaku, i nie uważali by smak miał wstrętniejszy od innych leków. Odnosi się to nie tylko do chorych szpitalnych, którzy nie odznaczają się wybrednością smaku, ale i do chorych więcéj grymaśnych z praktyki prywatnéj.

Liquor ammonii caustici, nawet dłuższy czas używany, nie wywiera żadnych szkodliwych, ubocznych działań na ustrój, jak to widzimy często przy podawaniu innych leków np. *Natrum aceticum*, *Kalium carbonicum* itp. a niekiedy także przy *Acidum salicylicum.*

Co do wpływu na przebieg choroby, to otrzymano następujące wyniki. Dobry skutek zauważano w 38.0%, bez skutku zaś podawano amonijak w 62.0% przypadków. Powikłania z chorobami serca wystąpiły w 11.9%. Czas trwania, licząc od dnia rozpoczęcia leczenia po dzień wyjścia ze szpitala wynosił przeciętnie 15.9 dni, czas trwania zaś choroby od jéj początku przeciętnie 49.5 dni. Na ciepłotę i tętno nie wywiera amonijak żadnego wpływu.

Nie możemy więc odmówić amonijakowi korzystnego działania, bo jak to z powyższego zestawienia widzimy, skraca on czas trwania choroby, zmniejsza częstość powikłań z chorobami serca, a przy tém prawie w połowie przypadków wywiera korzystny wpływ na zmiany w samych stawach. Powrócimy do tego przedmiotu jeszcze, gdy będziemy porównywać między sobą wartość leczniczą wszystkich środków stósowanych w szpitalu.

W przypadkach, z przebiegiem więcéj przewlekłym, podawano chorym *Kalium jodatum*, zazwyczaj w rozczynie dwu do trzech procentowym (*Kalii jodati 8.00*, *Aq. dest. 400.00*) 2 do 4 łyżek stołowych dziennie. W kilku przypadkach spostrzegano pierwsze objawy zatrucia, jak nieżyt błon śluzowych gardła i nosa, spojówek etc., lub téż *Acne jodata.* Lek ten podawano w 15 przypadkach a wyniki były następujące: w 33.3% przypadków zauważono polepszenie (dobry skutek), w 66.7% nie widziano po nim skutku; w 8.3% wystąpiły powikłania. Czas trwania choroby: 1) od czasu rozpoczęcia leczenia wynosił przeciętnie 25.3 dni, 2) od początku choroby przeciętnie 72.7 dni.

A więc i jodkowi potasu trzeba przyznać pewną skuteczność, chociaż nie jest ona zbyt wybitną. Zresztą mała stosunkowo liczba (15) przypadków leczonych tym środkiem nie dozwala mi wypowiedzieć o nim ostatecznego zdania.

W przypadkach z przebiegiem więcéj chronicznym, uporczywym, stósowano prócz *Kalium jodatum* lub *Ammonium causticum* (rzadko *Acidum salicylicum*) także kąpiele suche, mięsienie (w czterech przypadkach), opatrunki ustalające, okłady zimne lub ciepłe, a przy tém pędzelkowano chore stawy tynkturę jodową. Z środków tych pomocniczych najlepsze skutki otrzymano z kąpieli suchych, które przynajmniéj chwilową sprawiały chorym ulgę. (Dok nast).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Herman Cohn: **O piśmie, druku i rozwielmożnianiu się myopii.**

(Sprawozdanie z wykładu na 53 Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Gdańsku).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr 40).

Nie wchodząc z braku czasu w szczegóły sztuki pisania podaje C., że jeszcze przed 70 laty pisano pionowo, a dopiero w roku 1809 wprowadził kaligraf Heinrigs pochyłość pisma niemieckiego pod kątem 45 stopni, w niektórych zaś szkołach pruskich żądano nawet kąta 55°. Co do kierunku książki i położenia rąk przy pisaniu nie ma jedności. W seminaryjach pruskich każą lewe przedramie kłaść poziomo, a książkę równoległe do krawędzi stołu, ręka prawa spoczywać ma tylko na dwóch ostatnich palcach, a staw być wolnym; w seminaryjach austryjackich uczą przeciwnie, że lewy górny róg książki pochylony być ma na lewo i ku dołowi, prawe przedramie spoczywać niemal całe na stole, a ręka lewa służy tylko do przytrzymywania papieru.

Świeżo przekonał się C., w pewnéj szkole ludowéj w Styryi, że przechylanie głowy na lewą stronę i naprzód jest głównie następstwem pisania pochyłego. Wszystkie dzieci siedziały prosto jak świece póki im dyktat kazano pisać pionowo, co swoją drogą wydawało im się bardzo śmiesznem, a pochyliły się jakby na komendę wszystkie naprzód skoro im znów pochyło pisać kazano. Ze spostrzeżeń w Aussee Cohn wyprowadza przedewszystkiem wniosek, że nad kwestyją pisma pionowego należałoby się dobrze zastanowić, a to tém bardziéj, że w takim razie i dawniejsze ławki byłyby mniéj szkodliwemi.

Że materyjał do pisania nie jest obojętnym wykazał niedawno Prof. Horner w Zurychu. Udowodnił on, że przy tém samém oświetleniu i téj saméj bystrości wzroku przeczytać można te same litery pisane atramentem na 4 stopy pisane zaś rysikiem tylko na 3 stopy, ma też przekonanie że usunięcie ze szkół tabliczek łupkowych zmniejszyłoby nieco niebezpieczeństwo myopii dla każdéj następnéj generacyi coraz groźniejsze.

Jak pożądaną jest rzeczą, żeby nauczyciele zasięgali zdania okulistów dowodzi sposób stigmograficzny zalecony w najnowszym czasie przez Dra Stuhlmana w Hamburgu, za pomocą którego możnaby nawet 6 do 9 letnie dzieci uczyć rysunków. Służy do tego plątanina kropek i siatek, któréj wzór C. okazuje, a któréj szkodliwość uderzyć musi każdego. Władza edukacyjna pruska zamierza tę „wszechstronnie wypróbowaną metodę“ zaprowadzić we wszystkich szkołach ludowych mimo energicznéj protestacyi Stowarzyszenia niemieckich nauczycieli rysunku. Stowarzyszenie to zażądało o téj metodzie opinii 22 okulistów, z których żaden nie wiedział, że i innych o to proszono, a jak ogłoszone teraz sprawozdanie uczy wszyscy zgodzili się na to, że ta metoda stigmograficzna jest dla oczu szkodliwą, a rysowanie w tak wczesnym wieku w ogólności zdrowiu nie służy.

Cohn byłby za tém, żeby przynajmniéj w wyższych klasach, w których uczniowie wiele pisać muszą uczono z obowiązku stenografii. Głoski stenograficzne są wprawdzie mniejsze od zwyczajnych, ale w obec łatwości nauczenia się i nadzwyczajnéj oszczędności czasu nie wchodzi to w rachubę. Ileż to godzin pracy w domu oszczędziliby uczniowie dwóch klas najwyższych gdyby zadania i preparacyje spisywać mogli stenograficznie!

Zwracając się do druku sądzi C., że co do rozmiarów liter najlepiéj jest przyjąć punkt typograficzny za jednostkę. Ma on w drukarni narodowéj francuzkiéj 0·4 mm. W Niemczech nie ma niestety takiéj jednostki; w przybliżeniu Petit odpowiada 8 punktom. Gdy jednak przy osądzaniu jakiegoś druku nie mamy jego czcionek, których wysokość możnaby zmierzyć punktami, lecz litery drukowane proponuje C. aby mierzyć jakąś krótką literę np. *n*. Znalazł on, że antiqua *n*, którego wysokość (*Grundstrich*) wynosi 1 mm. odpowiada drukowi Nonpareille, 1,25 mm. Petit, Corpus 1.5 mm., a Cicero 1.75 mm. Druk mniejszy aniżeli 1·5 mm. jest szkodliwy dla oczu.

C. mierzył szczegółowo druki najbardziéj rozpowszechnionych czasopism lekarskich i przyrodniczych i znalazł, że mała bardzo liczba tychże używa najmniejszych dozwolonych liter o 1.5 mm. wysokości, prawie wszystkie zaś zabójczego dla oczu Petitu o 1.25 mm. Nawet pisma okulistyczne, które powinnyby dawać dobry przykład nie są wolne od niego. Znajdujemy go w Archiwie Knappa, w *Annales d'oculistique*, w Nagla sprawozdaniach rocznych, a nawet wielki i bardzo ropowszechniony podręcznik okulistyczny Graefe-Saemischa zawiera całe strony drukowane literami mało co nad 1 mm. wysokiemi. Tak ulubione obecnie Centralblaty, niemiecka i wiedeńska *mediz. Wochenschrift* podają całe artykuły drukiem zaledwie cokolwiek nad 1 mm. wyższym a *Medical Times* ma tylko głoski 1 mm. wysokie. My lekarze i przyrodnicy powinnibyśmy się zobowiązać, że nie będziemy żadnéj książki drukować ani kupować, któréj litery mniejsze są aniżeli 1·5 mm A cóż dopiero powiedzieć o dziennikach politycznych, sprawozdaniach izb, książkach szkolnych, słownikach a zgoła już o mapach.

Władze powinnyby z miarą w ręku badać każdą książkę szkolną i wpisać ją do *Index librorum prohibitorum*, jeżeli litery nie mają 1·5 mm. wysokości.

Ważném osobliwie jest że w elementarzach zmniejsza się druk tak szybko zanim dzieci wyuczą się łatwo czytać.

Grubość liter jest również największéj wagi. W książkach szkolnych nie powinny być dozwolone litery, których grubość (*Grundstrich*) mniejszą jest od 0·25 mm.

Co do postaci liter Cohn nie zgadza się z Javalem, który radzi odrzucić dolną wystającą część liter *q* i *p*, ogonki liter *j* i *y* skrócić, a literze *g* przywrócić dawną krótką postać i sądzi wbrew jego zdaniu, że urozmaicenie jednostajności liter krótkich przez długie, wystające ku górze i ku dołowi, zapobiega znużeniu oka.

Nieobojętną jest także w druku tak zwana *approche* tj. odstęp pomiędzy pojedyńczemi literami a zwłaszcza słowami. Każda litera lepiéj się uwydatnia z powodu swojego odosobnienia, jeżeli jak już Loabulaye proponował więcéj jest między dwiema literami aniżeli wynosi odstęp pomiędzy jéj dwiema głównemi kreskami (*Grundstrich*). Ważniejsze ustępy uwydatniamy też drukiem rozstrzelonym. Javal ma zupełną słuszność, że w ten sposób zwiększa się czytelność tém bardziéj też uderza, że tak małą przywięzuje wagę do interlinij.

Poczytuje on je za rodzaj zbytku a nie potrzeby sądząc, że opuszczenie interlinij nie zmniejsza czytelności.

Cohn jest przeciwnie zdania, że druk ścisły o wiele więcéj nuży choć jest większy i dla tego jest za tém aby interlinij nie opuszczać, lecz owszem robić je szerokie. Druk uważa za dobry jeżeli odstęp górnego końca litery *n* do dolnego końca krótkiéj litery po nad niém stojącéj wynosi 3 mm., za granicę zaś dozwolonego poczytuje 2·5 mm. Natomiast znajdujemy ten odstęp w różnych czasopismach okulistycznych i lekarskich tylko 2, 1·75, 1·5 a nawet tylko 1·25 mm. Książki szkolne grzeszą pod tym względem bardzo.

(Dokończenie nastąpi.)

G. Guttman: **Nowy środek przeciw błonicy** (*diphtheria*).

Autor podaje wyniki leczenia błonicy przez podawanie na wewnątrz rozczynu chlorku pilokarpinu. Leczył on tym sposobem od kwietnia 1879 r. 81 przypadków, między tymi znaczną liczbę przypadków ciężkich z wysoką gorączką, przebiegiem gwałtownym i groźnymi przypadami. Skutek był w każdym przypadku zadziwiająco rychły i pewny: wszystkie wyleczone zostały bez wyjątku w przeciągu czasu od 24 godzin do trzech dni; w kilku tylko razach leczenie przeciągło się do 10—13 dni.

Pilokarpin podawał Guttmann wedle wzoru:

1) Rp. Pilocarpini mur. 0·02—0·04
Pepsini 0·6—0·8.
Acidi hydrochl. gtts. duas.
Aquae destill. 80·00.
MDS. Co godzina łyżkę (dzieciom).

2) Rp. Pilocarpini mur. 0·03—0·05
Pepsini 2·00.
Acidi hydrochl. gtts. 3
Aquae destill. 240·00
MDS. Co godzina łyżkę (dorosłym).

Najwyższa dawka jednorazowa wynosiła 0·05 u dorosłych.

Wkrótce po podaniu leku występowało obfite ślinienie w przeciągu 12—24 godzin następowało stale zupełne lub częściowe oddzielenie się błon dyfterytycznych w strzępach i płatkach; temu stale towarzyszyło rychłe obniżenie się ciepłoty i polepszenie stanu ogólnego.

Autor tłumaczy zdumiewające to działanie pilokarpinu przez częściowe rozpuszczenie błon zwiększoną ilością śliny.

Dla podtrzymania sił chorego podawał Guttmann bezpośrednio po pilokarpinie po łyżce silnego wina węgierskiego; nadto stósował równocześnie co ośm godzin okład wysychający na syję.

Podobnie korzystne działanie uważał autor w kilku przypadkach dławca i zapalenia ostrego nieżytowego gardła.

Wyniki te zdaniem G. upoważniają do uznania pilokarpinu za środek swoisty w błonicy H. poleca więc takowy gorąco do dalszych doświadczeń. (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 40). *Dr. Ponikło.*

Wiadomości pomniejsze.

(y) Leczenie choroby Basedowa duboisinem. Dujardin-Beaumetz używał podskórnych wstrzykiwań duboisinu zamiast atropinu. W 2 przypadkach téj choroby w ten sposób leczonych osiągnął znaczne zmniejszenie bicia serca i tętnienia naczyń. Spostrzegał nadto łatwe występowanie zbiorowego skutku, chociaż wstrzykiwał tylko bardzo małe ilości duboisinu: ćwierć miligrama lub co najwięcéj pół miligrama, po upływie kilku dni pojawiły się niewątpliwe znaki otrucia podobne do skutków belladonny.

Rozczyn jakiego używa, jest następujący: *Sulfat. duboisini neutr. 1 centigr., Aq. laurocer. 20 grm.* W jednym centimetrze sześciennym płynu w strzykawce znajduje się pół miligrama duboisinu. (*France médicale.* 1880. 72).

(y) Xylotherapija. Jourdanis wykazał własności aesthesiogeniczne pewnych drzew przyłożonych na skórę i to nazywa xyloterapiją. Przykładał na skórę nieczułą tabliczki drewniane a czucie wracało jak po użyciu płytek metalowych, magnesów, plastru pryszczącego, synapizmów. Używanie drzewa miało nawet silniejszy skutek niż użycie innych środków. Nie każde drzewo z jednaką siłą działa a podług ich skuteczności można je ułożyć w następującéj kolei: Drzewo chinowe, tujowe, różane, akacyjowe, sosnowe (*pitek-pin*), orzechowe, klonowe, jabłoni. Drzewo topolowe, jesionowe i palisandrowe żadnego wpływu nie wywierają.

Powrotowi czucia towarzyszy przekrwienie skóry. Tu nie można odwoływać się do powstawania prądów elektrycznych. (*France médicale.* 1880. 68).

(y) Leczenie zapobiegające powstawaniu blizn po ospie. Dr. Scherimmer radzi w czasopiśmie *Scalpel* używanie maski z płótna giętkiego zrobionéj, mającéj otwór na oczy, nos i usta, nasmarowanéj z jednéj strony jednym z następujących przetworów:

1. Acidi phenici 4·00—10·00 grm.
Olei olivar. 40·00 grm.
Cretae praepar. pulv. 60·00 grm.
M. f. pasta mollis.
2. Acidi phenici 5·00 grm.
Olei olivarum
Amyli purissimi āā 40·00 grm.
M. f. pasta.
3. Thymoli 2·00 grm.
Olei lini 40·00 grm.
Cretae pulver. 60·00
M. f. pasta mollis.

Tą maską przykrywa się twarz chorego i odmienia co 12 godzin. Ręce albo nawet części twarzy, w których maska nie przylega pokrywa się kompresami napojonemi jednym z powyższych przetworów. (*France médicale.* 1880. 68).

IV. Pięćdziesiąty trzeci Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Gdańsku w r. 1880.

Tegoroczny Zjazd odbył się od dnia 18go do 24go września włącznie w Gdańsku, mieście w naszych dziejach znaném, gdyż w r. 1454 przyłączone zostało do Polski, w niém też dotychczas zachowane są mnogie pamiątki wartość historyczną mające, a świadczące o dawnéj świetności naszéj ojczyzny. Mając jednak zamiar zajmować się wyłącznie stroną naukową Zjazdu, przystąpuję do rzeczy.

Członków udział biorących w Zjeździe a listą objętych było 796 a zatém niespełna ośmset osób; kiedy przeszłego roku w Baden- Baden było przeszło tysiąc członków, a w Monachijum i Marburgu do dwóch tysięcy.

Uważam już od lat kilku, że Zjazdy przerzeczone coraz mniéj bywają uczęszczane, na co się jednak kilka składa przyczyn: i tak coraz bardziéj rozpowszechniają się Zjazdy międzynarodowe, które się odbywają w miastach wielkich stołecznych jak np. w Londynie, Amsterdamie, Medyjolanie i innych, gdzie Rządy hojnie podejmują przybyłych człon-

ków, drugą przyczyną jest zapewne, że od lat kilku Zjazdy obierają na miejsce zborne miasta nie uniwersyteckie, jak np. Kassel, Baden, Gdańsk, a takie miasta mniéj zdają się być odpowiedniemi, gdyż nie posiadają dostatecznego materyjału naukowego, który w każdym razie jest potrzebny, stąd też pierwsze gwiazdy na horyzoncie naukowym usuwają się jak np. prof. Virchow, który obecnie bawi w Lizbonie na Zjeździe antropologicznym.

Zjazd jak już wspomniałem, trwał przez tydzień, posiedzenia bywały dwojakiego rodzaju, ogólne dla wszéj publiczności przystępne i sekcyjne wyłącznie dla członków i udział biorących przeznaczone. Ogólnych było trzy, sekcyjnych po trzy i więcéj, w miarę ilości przedmiotów na porządku dziennym zamieszczonych. Sekcyj zrazu było 23, z tych niektóre podczas Zjazdu połączyły się z sobą w jednę, jak np. sekcyja medycyny wewnętrznéj, anatomii patologicznéj, psychijatryi i newrologii.

Posiedzenia ogólne odbywały się na strzelnicy w sali pięknie przystrojonéj w śród licznego udziału płci nadobnéj. Zagaił posiedzenie Dr. Abegg z Gdańska i serdecznemi słowy witał zgromadzonych, w swém przemówieniu wspomniał że nauka jest kosmopolityczną. Po nim witał zgromadzonych w imieniu Rządu starszy Prezydent prowincyi Pan de Ernsthausen. Ten zgadzając się w części z poprzednim mowcą, wyraził jednak zdanie, że nauka powinna zachować cechę narodową, rozumie się niemiecką, bo o polskiéj narodowości słyszeć nie chcą. Słowa jego są następujące: *„Denn wenn gleich die Wissenschaft einen universellen Character hat, so darf doch, ja es soll ihre Pflege eine nationale sein.“*

Następnie starszy burmistrz Gdańska Dr. Winter w imieniu miasta witał przybyłych gości. Pozwolę sobie wspomnieć o nim słów kilka. Mąż ten wielkie położył zasługi koło Gdańska, zaprowadził wodociągi i kanały, które miasto przeszło milijon złr. kosztowały, ale za to też z brudnego ciasnego i niezdrowego miasta, zrobił miasto czyste i zdrowe. Podług Dra Lievina *(Ueber die Sterblichkeit in Danzig in den Jahren 1863 bis 1879)* w dziełku ofiarowaném członkom Zjazdu i udział w nim biorącym, pod tytułem: *Danzig in naturwissenschaftlicher und medizinischer Beziehung. Danzig. 1880*: W ostatnich 47miu latach przed zaprowadzeniem kanalizacyi, wynosił średni wykładnik śmiertelności w Gdańsku 359.1. W latach zaś po zaprowadzeniu kanalizacyi wynosił 285.6, a zatém w tych ostatnich latach na 10,000 dusz umarło rocznie mniéj o 73.5 osób, a gdy ludność przez te lata wynosiła 610,821 osób, tém samém umarło mniéj osób o 4.489. Liczby powyższe same przez się przemawiają za wprowadzeniem wodociągów i kanalizacyi. *Avis au lecteur!*

Mąż ten posiadający należytą energiję i ducha przedsiębiorczego zrazu na lat trzy obrany był burmistrzem, później na lat 12, gdyż tak przepisuje obecny statut miejski, a obecnie nie dawno temu, zaufaniem swych obywateli potwierdzony czyli raczéj na nowo obrany został na lat 12, w ciągu tego czasu podwyższono mu i pensyję tak że teraz pobiera 12.000 talarów czyli 18.000 złr.

Wiceprezes Zjazdu Dr. Bail witał zgromadzonych w imieniu Towarzystwa przyrodniczego gdańskiego, którego od lat 15 jest przewodniczącym.

Następnie odczytano statut zgromadzenia, poczém prof. Dr. Cohn z Wrocławia mówił o szerzącym się krótkowidzeniu zwłaszcza między młodzieżą szkół średnich. Ciekawy i wielce pouczający ten wykład podał w streszczeniu prof. Dr. Rydel w Przeglądzie lekarskim, tutaj tylko pozwolę sobie zwrócić uwagę na to, że Prof. Cohn między innemi, niestósownie urządzone ławki szkolne uważa za jeden z momentów przyczyniających się do wywołania i rozwijania się krótkowidzenia, a jednak nie jeden ze światłych ludzi z szyderczym uśmiechem zbywa te uzasadnione zażalenia, a gminy często z oszczędności źle zrozumianéj, nie odstępują od sprawiania ławek staréj daty, bo im przytém było dobrze!

Następnie Prof. Strassburger z Jeny, nasz rodak, rozwinął: „powstawanie, rozwój i obecne stanowisko nauki o komórce.“ Wykład był jasny, krótki, świetnie niemal w nastroju poetycznym wypowiedziany, zjednał też mowcy huczne i przeciągłe oklaski.

W końcu starszy burmistrz Gdańska Dr. Winter objaśniał na planach przedłożonych wodociągi, kanalizacyję i nawodnienie pól za pomocą wody kał zawierającéj.

Na drugiém ogólném posiedzeniu Prof. Dr. Möbius z Kiel mówił: „o pożywieniu morskich zwierząt“, wykład był ciekawy i zastósowany do pojęcia szerszéj publiczności.

Dr. Jentsch z Królewca mówił: „o Statyce stałego lądu i o wrzekomém ubywaniu morskiéj wody“. Rzecz dla przyrodników z powołania ciekawa, ale im pewnie znana, mniéj przystępna dla szerszéj publiczności,—ponieważ jednak mówił dobrze i nie zbyt długo przeto cierpliwie go słuchano.

Następnie zastanawiano się nad wyborem miejsca zbornego dla Zjazdu przyszłorocznego; o rozmaitych myślano miastach, najwięcéj głosów odezwało się za Salcburgiem, a głównie przyczynił się do obrania Salcburga swém przemówieniem Dr. Nitsche (z Zeltweg w Styryi), mówiąc: że zwłaszcza teraz wybór Salcburga przyczyniłby się do wzmocnienia poczucia niemieckiéj narodowości, gdyż ona obecnie w tych prowincyjach austryjackich wielce jest zagrożoną,—mowca uzyskał liczne oklaski, a wniosek jego jednomyślnie przyjętym został.

Po załatwieniu téj sprawy Dr. Wernike z Berlina mówił: „o obecném naukowém stanowisku psychijatryi“. Bardzo pięknie mowca uzasadnił i wygłosił swój wykład, lecz ku końcowi znużony zasłabł, nastąpiła mała przerwa, po któréj szybko wykład swój zakończył, wykład ten będzie drukowany w dzienniku Zjazdu a prawdopodobnie i po innych dziennikach.

Na trzeciem i ostatniém posiedzeniu ogólném Prof. Dr. Neumayer z Hamburga, mówił: „o wyprawach ku biegunom i o stacyjach do badań fizycznych i meteorologicznych“, rzecz którą już przed kilku laty Weyprecht na Zjeździe monachijskim poruszył, główna myśl była ta, że na nic się nie przydadzą wyprawy w okolice biegunowe, jeźli obok nich nie będą urządzone w różnych miejscowościach przyległych stacyje do badań fizycznych i meteorologicznych.

Dr. Karol Russ mówił: „o chodowli ptaków drugiéj półkuli ziemskiéj, z uwzględnieniem wyników naukowych“. Mowca użalał się że jest słabym, prosił przeto o pobłażanie z tém wszystkiém wykład jego bardzo się podobał, bo zainteresował zgromadzoną publiczność wśród któréj znajdowali się pewnie i lubownicy ptaków, wykazał, że handel zagranicznymi ptakami w bardzo krótkim czasie szybko się rozwinął, przedstawił kilka wypchanych ptaków, mówił o ich pożywieniu, słowem bawił publiczność. Poczém Dr. Abegg Przewodniczący Zjazdu pożegnał Zgromadzonych i na tém trzecie posiedzenie ogólne a z niém i Zjazd tegoroczny się zakończył.

Wspomniałem już powyżéj że dużo było sekcyj, mimo to że w ciągu posiedzeń, kilka sekcyj połączyło się z soba w jednę, niektóre nawet jednocześnie obradowały, tak że nie

podobna było być na wielkiéj liczbie sekcyj, najpilniéj tym razem bywałem w sekcyi pedyjatrycznéj, zwłaszcza że w niéj zapowiedziałem dwa wykłady.

Sekcyja pedyjatryczna prócz wstępnego posiedzenia dla ukonstytuowania się, a na którém Dr. Steffen ze Szczecina, znany w piśmiennictwie pedyjatryczném, obrany był Przewodniczącym, odbyła trzy posiedzenia naukowe. Prócz Steffena przewodniczyli Dr. Scheele z Gdańska i Dr. Eddleffsen z Kielu a sekretarzem był Dr. Stobbe z Gdańska. Oto spis wykładów mianych:

Dr. Wagner z Lipska, redaktor roczników pedyjatrycznych, podał do wiadomości, że Prof. Hofmann w Lipsku, czterdzieści i trzy gatunki przetworów zastępnych (*surrogatum*) mleka matczynego i krowiego, poddał chemicznemu badaniu i doszedł do następującego wypadku: że gdyby krowiego mleka litr kosztować miał 25 do 50 fenigów, czyli na nasze pieniądze 12½ do 25 centów austryjackich, toby jeszcze żywienie dziecięcia mlekiem krowiém było tańszém aniżeli za pomocą środków zastępczych mleka.

Prof. Hofmann w przetworze takim kosztującym markę (50 centów) na 4000 objętości, otrzymał części stałych 483, mianowicie: białko, tłuszcz i cukier.

W zgęszczonym mleku znalazł 20 do 40% wody i 350 gramów stałych składników.

Szwedzka mączka jest zbyt droga i niedostatecznie dzieci odżywia.

Mączka dla dzieci zawiera 10 do 12% białka, 2—5% tłuszczu, komorczeń (*Cellulinum*), sole, mąkę pszeniczną i mleko.

Ztąd wynika, że środki zastępcze (*surrogatum*) są droższe aniżeli dobre mleko krowie, i że one daleko mniéj zawierają składników odżywczych aniżeli mleko krowie, ażeby zaś otrzymać mleko dobre i pożywne dla dzieci, należałoby zaprowadzić gospodarstwa mleczne (mleczarnie) nad któremiby czuwano aby w nich zachowano wzorową czystość i aby zaprowadzono paszę stósowną dla krów.

Prof. Bertholdt z Królewca opowiedział, że jego synek ośmioletni do 7go roku życia był zupełnie zdrów, w tém przeszłego roku napadł go kaszel nerwowy, który ojca bardzo zaniepokoił, zajął się więc szczegółowém wybadaniem synka, lecz nic nie znalazł nieprawidlowego, gdy zaś kaszel nie ustawał, uprosił swego przyjaciela Dra Bohna Profesora pedyjatryi w Królewcu aby synka wybadał, lecz i ten nic nieprawidłowego nie znalazł, nawet przy laryngoskopicznèm badaniu krtani, pokazało się jednak późniéj, że synek miał ząb trzonowy spróchniały, a po wydaleniu tegoż szczypczykami, kaszel całkowicie ustąpił. Po roku (przed czternastu dniami) znowu chłopczyk dostał podobnego kaszlu w nocy, a gdy znów przystąpił ojciec do badania jamy ust i zębów, znów znalazł ząb spróchniały, po którego wydobyciu kaszel znów ustaje.

Mowca nie może sobie wytłómaczyć jakiby związek istniał między spróchniałym zębem a kaszlem, nie czyni téż żadnych wniosków, podaje tylko fakt do wiadomości kolegów.

Poczém Dr. Warschauer mówił o ospie, podnosząc korzyści szczepienia. *Dr. Warschauer.*

(Dokończenie nastąpi).

Zapiski lekarskie
ze stulecia XVIgo.

Ze spółczesnego rękopisu łacińskiego
zebrał i przełożył
Prof. Dr. Józef Oettinger.

(Dokończenie. Patrz Nr. 40).

33. Wyborny sztuki lekarskiéj doktór Wojciech z Poznania[30]) po ojcu wprawdzie przezwany Misselus, nareszcie po ojczymie Oman, mąż znamienity w filozofii i medycynie, téjże nauki profesor i wykonawca wzięty i wypróbowany u dostojników. Ze szczególnego przywiązania do szkoły głównéj, wyborne księgi Galena nowego wydania i innych głównie Awicenny praktyczne i uświęcone w biblijotece umieścił na użytek profesorów zwyczajnych krakowskich, nakoniec domowi naszemu na zasiłek stołu spólnego dwadzieścia grzywien w pieniądzach przekazał i zapisał, któremu Bóg niech będzie nagrodą wiekuistą. Roku p. 1563 z tego życia do wiecznego się przeniósł, wieku swojego w 62gim dnia 14 lipca o godzinie 19téj (str. 71).

34. Mistrz Mikołaj syn Prokopa z Szadka (*Procopiades a Shadek*)[31]) św. teologii doktór, kanonik kościoła katedralnego krakowskiego, mąż dla wszystkich ubogich wielce pożądany.... zawiadowca dóbr uniwersytetu i kościoła św. Floryjana równie roztropny jak wierny.... W roku 75tym pielgrzymki swéj doczesnéj przeżywszy dni 18 i jednę godzinę na dusznicę (*asmate*) zasnął. Roku p. 1546 nocy następnéj po dniu św. Tomasza apostoła o godzinie 6téj. Niech spoczywa w pokoju (str. 72).

35. Mistrz Sebastyjan Janeczka z Kleparza św. teologii doktór, kanonik krakowski, zastępca kanclerza Akademii, pleban kościoła w Paiecznie z nadania kapituły św. Floryjana, dobrze zasłużony około tegoż kościoła i jego plebanii.... cały rok prawie chorując na dusznicę i puchlinę (*ex asmate et idrope*) żywot doczesny zakończył. Roku p. 1568 w nocy następnéj po 3cim dniu stycznia o godzinie szóstéj. Światło wiekuiste niechaj mu świeci (str. 72).

36. Wyborny i znakomity mąż p. Wojciech Sieprć[32]) doktor filozofii i medycyny, kanonik kościoła katedralnego wileńskiego pomny dobrodziejstw doznanych od nauczycieli większego kolegijum zapisał większemu kollegijum mistrzów nauk wyzwolonych sto trzydzieści czerwonych złotych węgierskich i kubek (*cyphum*) pozłacany rozbierany, który to wyborny Wojciech Sieprć będąc w Wilnie zmarł r. p. 1571

Dopisek inną ręką: Był drugi Wojciech Sierpc rzymski doktor teologii właściciel wsi Siekini (*Szjekinia*) kolega mniejszy, który sześć srebrnych talerzy (*orbes argenteos*) i sześć łyżek po części pozłacanych większemu kollegijum zapisem ofiarował (str. 73).

37. Roku p. 1578 dnia 10 stycznia Jan z Dobrzankowa Uniwersytetu krakowskiego uczeń i kleryk wyświęcony niższych stopni, zgromadzenia większego kolegijum przez lat 46 bez przerwy jak najpilniejszy i najwierniejszy zawiadowca.... pomny dobrodziejstw doznanych od tegoż zgromadzenia zapisał mu 40 złotych gotówką ze swéj chudoby. Zgasł na suchoty, zaburzenie zdrowia, porażenie i gorączkę (*ex phtysi, perturbatione, paralysi, febri*) w ciele wycieńczo-

[30]) Oettinger l. c. ust. 132, 133.
[31]) Wiszn. l. c. IX 496.
[32]) Oettinger l. c. ust. 147.

ném ciągłemi pracami i trudami. Niechaj odpoczywa w świętym pokoju. Amen (str. 75).

38. Roku p. 1579 dnia zaś 22go miesiąca września zgasł wielebny i słynny niegdyś mąż Piotr z Poznania [33]) przesławny doktor medycyny, kościołów kolegijaty kleparskiéj proboszcz, katedralny przemyślski kantor, kanonik krakowski, wileński i sandomirski, Najjaśniejszych Królów Polski Zygmunta pierwszego i Zygmunta Augusta lekarz ulubiony, od których oprócz wyliczonych beneficyjów uzyskał jeszcze probostwo szrzedzkie, scholastyją szkalmierską i plebanije sieradzką i łowicką. Mąż nie ustępujący nikomu nauką filozoficzną, doświadczeniem lekarskiém, powagą obyczajów, szczerą pobożnością i jałmużn hojnością, pomny dobrodziejstw doznanych od Uniwersytetu; gdy był seniorem bursy Jeruzalem i pozostawał w kollegijum mniejszém a późniéj we większém wykładając publicznie, temuż jedynie ze czcią był oddany i zawsze najwyżéj go cenił a książętom i królom przy każdéj sposobności jak najgoręcéj polecał. Którą to miłość i przychylność swoję dla Uniwersytetu nie tylko słowami lecz uczynkiem wybornie stwierdził żyjąc i umierając. Żyjąc bowiem kupił kamienicę przy ulicy Wiślnéj za 4000 blisko złotych monetą polską, którą poruczył kollegijum większemu do rozrządzenia przeznaczoną dla lekarza i uzyskawszy na to przywilej od Augusta Króla uwolnił ją z pod wszelkich władz i ciężarów cywilnych a poddał władzy rektora. Żyjąc, kościołowi kollegijackiemu św. Floryjana monstrancyją srebrną pozłacaną ważącą 200 talarów i puszkę srebrną na opłatki noszone do ołtarza gdy, prałaci i kanonicy mszą odprawiają.

Żyjąc, kościołowi kollegijackiemu św. Anny darował srebrną miednicę z nalewką także srebrną do obmywania rąk prałatom i kanonikom spełniającym ofiarę przy większym ołtarzu według kolei i właściwego porządku. Żyjąc wyznaczył zasiłek (*stipendium*) dwom uczniom pochodzącym z Poznania lub jego okolicy, którzyby się przykładali do nauk filozoficznych i otrzymywali naukowe stopnie nie gdzieindziéj tylko w Uniwersytecie krak. Żyjąc swoim kosztem ustanowił lekarza, któryby leczył darmo chorych uczniów i profesorów mających szczupły dochód a prócz tego innych obojga płci ubogich: ustanowił także kosztem swoim aptekarza, któryby według przepisu tegoż lekarza wydawał bezpłatnie leki, cenę zaś kwartalnie skądinąd pobierał.

Umierając zaś darował Uniwersytetowi trzynaście czar srebrnych miejscami pozłacanych w puzdrze zawartych, zwanych rostrochaniki wytwornéj roboty a wartości cenionéj na sto blisko grzywien.

Umierając większemu kollegijum podarował sto złotych monetą polską i dzban srebrny obejmujący pół garnca wina. (Dopisek między wierszami tą samą ręką: Bibliją polską, ojca Augustyna dzieła drukowane i wydane w Paryżu).

Umierając Zgromadzeniu kollegijum mniejszego (zapisał) sto złotych monetą polską i dzban srebrny obejmujący półtora garnca. Dzieła D. Chryzostoma, biblije w przekładzie polskim, moździerz wielki miedziany.

Umierając Bursie Jeruzalem na odnowę budowli sto złotych monetą i kwotą polską darował.

Umierając darował Bursie ubogich na naprawę jéj zwalisk sto złotych monetą polską po trzydzieści groszy.

Umierając wielebnéj kapitule kościoła św. Floryjana na obchód swéj rocznicy w téjże świątyni dwieście złotych monetą darował.

Umierając wielebnéj kapitule św. Anny na obchód swéj rocznicy w tymże kościele sto złotych monetą darował.

Umierając biblije w przekładzie polskim dla kaznodziejów kościołów św. Anny, św. Szczepana, Wszystkich Świętych, św. Floryjana, św. Mikołaja i wszystkich klasztorów przez wykonawców testamentu porozdawał.

Umierając dał na sprawienie opony na feretron, gdy doroczny odprawia się obchód dla kościoła św. Anny 50 złotych.

Umierając na nabycie drzewa coroczne dla szkół św. Anny, św. Szczepana, WW. Świętych, św. Floryjana ku wygodzie ubogich uczni w nauce i spełnianiu kościelnych obowiązków po sto grzywien na kupno czynszów wykupnych przez wykonawców testamentu swojego darował.

Umierając wikarym kościoła św. Floryjana na obchód w nim swojéj rocznicy stopięćdziesiąt złotych monetą ofiarował.

Umierając zwiększył o sto złotych monetą czynsz wykupny dla wikarych kościoła katedralnego krak., który był za życia za sto talarów starych nabył na odśpiewywanie przez nich pieśni każdego dnia po podniesieniu w czasie mszy porannéj. „*O adoranda Trinitas*“ etc. (str. 75—77).

39. Z innego działu téj księgi rękopiśmiennéj należącego do połowy stulecia XVII wyjmuję szczegół rzucający światło na ówczesny skład Wydziału lekarskiego i na sposób wykonywania w nim obowiązków professorskich.

Owóż na str. 89 jest wyciąg z pism urzędowych mający napis:

„*Notata quaedam ex protestationibus et reprotestationibus antiquorum Academicorum ex occasione Electionis mfci Rectoris in Formulariis Rdi Petri Remberti Notarii apostolici et aliorum contentis.*“ Poczyna się jak następuje, a przytaczam słowa w brzmieniu spolszczoném: „1657 i 1658. Nader burzliwy był wybór dostojnego p. Rektora, a na nowo był obrany Stanisław Jurkowski św. Teologii doktor i profesor, proboszcz św. Floryjana. Większa bowiem część profesorów z niechęci jakiejś, że Dziekan Wydziału filozoficznego nie był wyznaczony pomiędzy 5ciu kandydatami na wyborcę ogromną wznieciła wrzawę.... z Wydziału filozoficznego wielu protestowało a z lekarskiego szanowny p. Jan Tońskí doktor medycyny i Dziekan Wydziału.... (następnie na str. 91) przeciwko téj protestacyi reprotestowali.... (oprócz innych) Piotr Mucharski Dziekan Wydziału lek., Gabryel Ochocki, Franciszek Roliński, Jacenty Łopacki doktorowie i profesorowie filozofii i medycyny“.

Okazuje się ztąd, że wówczas było pięciu profesorów w wydziale lekarskim. W dalszym toku téjże sprawy, gdy pomiędzy powodami nieważności wyboru przytoczono „iż szan. Roliński pierwszy wyborca z pośród pięciu w ubiegłém półroczu nie wykładał a więc jest i był do wyboru nieuprawniony“ odpowiedziano ze strony przeciwnéj (str. 95):

„Pierwszy wyborca szan. Roliński nie może być podejrzywany z tytułu, iż nie wykładał medycyny, albowiem sztuka lekarska nie polega jedynie na wiedzy lecz i na działaniu. Dla tego téż uczynił zadość ustawie szan. Roliński, jak skoro w ubiegłém półroczu zajmował się leczeniem chorych a statut uniwersytecki w tytule: o pracach kolegijatów, uwalnia inaczéj usprawiedliwia nie wykładających dla prawnéj przyczyny, jaką jest u lekarza leczenie chorych.“

[33]) Oettinger l. c. ustęp 146.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 37 (do 11 września) ospa w Londynie nie zmieniła się. Umarło 5, leczyło się w szpitalach 104, świeżo zapadło 13. W Wiedniu umarło 6, w Paryżu 32, w Budapeszcie 9, w Pradze 3. Z duru osutkowego umarło w Walencyi 1, w Londynie i Saragosie po 2, w Petersburgu 4. Z biegunki umierało więcéj dzieci w Wiedniu, Budapeszcie, Bruksolli, Paryżu, Londynie i innych miastach. W tygodniu 38 umarło w Krakowie: 2 z ospy, 5 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z duru osutkowego, a doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach ospy(z Kazimierza i z Grzegórzek), 3 płonicy (2 z Kierkowa i 1 z Małych Bronowic), 2 krztuśca (ze szpitala św. Ludwika i zkąd?) 3 czerwonki (z ul. Sławkowskiéj l. 280, Porąbki i z Krakowa).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 37 (do 11 września) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 23,7; we Lwowie 41,8; w Warszawie 37,4; w Poznaniu 27,7; w Wiedniu 25,8; w Budapeszcie 35,5; w Pradze 33,8; w Berlinie 33,6; w Wrocławiu 31,3; w Mnichowie 29,6; w Gdańsku 45,6; w Dreźnie 32,3; w Lipsku 28,6; w Genewie 21,4; w Brukselli 26,1; w Amsterdamie 23,5; w Hadze 25,8; w Paryżu 25,1; w Londynie 19,8; w Kopenhadze 25,8; w Stokholmie 31,6; w Chrystyjanii 28,9; w Petersburgu 41,1; w Odessie 44,2; w Rzymie 29,9; w Wenecyi 22,9; w Bukareszcie 24,7; w Barcelonie 24,5; w Nowym Jorku 27,0; w Bombayu 27,0; w Madrasie 35,2.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 października. Inspektor szpitali krajowych Dr. Jan Stella Sawicki przybył do Krakowa na inspekcyję tutejszego szpitala.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Do Szanownéj Redakcyi!

List kol. Reifera z Tarnobrzegu ogłoszony w Nrze 40 Przegl. Lek. zniewala mnie do kilku następnych uwag, o których umieszczenie uprzejmie upraszam.

Przedewszystkiém niech mi wolno będzie oznajmić, iż od prof. Claya, któremu terpentynę sprowadzoną przezemnie wprost z wyspy Chios do łaskawego zaopiniowania co do tożsamości posłałem, otrzymałem list, datowany 27 sept. 1880 Birmingham, Allan House 138—139 Steelhouse Lane, w którym o niéj się wyraża: *„the sample is pure Chian turpentine and an excellent sample.“* Jakkolwiek więc wielce z tego poświadczenia jestem zadowolony, zwłaszcza, gdy ciągle czytamy w angielskich czasopismach lekarskich, iż bardzo trudno dostać prawdziwéj *Tereb. de Chios* i otrzymuje się najczęściéj pod tą nazwą jakąś mięszaninę żywicznych istot, pod względem leczniczym żadnéj wartości nie mających a często szkodliwych; to pomimo zadowolenia, nie byłbym nigdy obiecywał w Przegl. Lek. sprowadzania jéj, gdybym choćby w przybliżeniu mógł był przypuszczać, iż takowe połączone będzie z tak znacznemi wydatkami i kłopotem. Kilkakrotne z wielkim kosztem sprowadzane okazy nie zgadzały się z opisem podanym przez prof. Claya, trzykrotnie tedy osobnego wysyłano posłańca ze Smirny na wyspę Chios, a mimo to miały miejsce nieporozumienia, telegraficzne sprostowania, aż wreszcie udało się jak to list prof. Claya poświadcza wielkim kosztem sprowadzić nie wielką ilość wybornéj prawdziwéj *Tereb. de Chios* wyłącznie z drzew *Pistacia Terebinthus seu vera*, zebraną. Ponieważ teraz już mam pewność, iż otrzymałem prawdziwą, ponownie udałem się do mego znajomego, by mi więcéj téj saméj przysłał. Otóż gdy ta przesyłka nadejdzie, będę może gram daleko niżéj odstępować; zapas zaś mój nie wielki teraźniejszy tyle kosztuje, iż niżéj 1 złr. za gram odstępować nie mogę. Tyle dla usprawiedliwienia wysokiéj ceny.

Nie mogę nic mieć przeciw wskazywaniu przez kol. Reifera tańszego źródła nabywania *Tereb. de Chios* jeżeli atoli kol. R. poleca zażywać *Tereb. de Ch.* w pigułkach i przy tém odwołuje się na artykuł prof. Claya drukowany w *The Lancet* pag. 477, to ja właśnie w tymże artykule wyczytuję, iż „gdy autor zauważył, że chora dostała bólów żołądka i morzyska, przyszło mu na myśl, że skuteczniéj i lepiéj będzie jeżeli *Tereb. de Ch.* zadawać będzie w drobniutkiém rozdzieleniu, polecił więc aptekarzowi szpitalnemu p. Whinfield sporządzenie mleczanki, którą pacyjentka przez następne 13 tygodni zażywała bez przerwy, i która dobry smak miała. Nigdzie w tym artykule nie ma wzmianki, żeby prof. Clay był zarzucił mleczankę i polecił znowu pigułki a i w dalszych numerach *The Lancet* tego nie czynił. (W liście do kol. Reifera, a który kol. R. w oryginale Redakcyi nadesłał prof. Clay wskazuje źródło, z którego sprowadzić można pigułki według jego przepisu przyrządzone. *Przyp. Red.*). Wreszcie pozwolę sobie podnieść jeszcze inną ujemną stronę radzenia chorym wyłącznie zażywania pigułek, jakkolwiek bowiem prof. Clay w swoich z pomyślnym skutkiem leczonych przypadkach raka macicy główną siłę leczniczą przypisuje *Tereb. de Chios*, to jednakowoż nie obeszło się szczególnie przy rakach tego narządu nigdy bez użycia wstrzykiwań np. arsenu itd. Chorzy przeto idąc za wskazówką Szan. kolegi R. sprowadziwszy sobie z Birmingham pigułki, nie radząc się lekarza i spuszczając się li na pigułki, mogliby tém samém zaniedbać użycia innych wcale nie obojętnych pomocniczych środków leczniczych. Z tych tedy powodów radziłbym chorym i kolegom, którym moja *Tereb. de Chios* jest za drogą, by sobie zamiast tańszych pigułek, tańszą sprowadzali *Tereb. de Ch.* w substancyi, a po sprawdzeniu tożsamości, kazali sporządzać mleczankę przez prof. Claya poleconą, chore zaś osoby wyłącznie na nią spuszczać się nie powinny. Przez sprowadzenie sobie *Tereb. de Ch. in substantia* ma się także pewność, że się zażywa lek prawdziwy, sprowadzane natomiast pigułki, nie ubliżając nikomu, nie mogą dać téj rękojmi.

Przy téj sposobności mam zaszczyt przesłać Szan. Redakcyi nieco *Tereb. de Ch.*, którą jak na wstępie oświadczyłem prof. Clay uznał za prawdziwą i wyborną, aby w danym razie Redakcyja była w możności nadsyłane jéj okazy *Tereb. de Ch.* z tą próbką porównywać i tożsamość stwierdzać.

Lwów 3 października 1878. Dr. Maksymilijan Karcz.

* Na Uniwersytecie peszteńskim rozpoczęły się wykłady w dniu 15 września rb. Liczba uczniów zgłosiła się daleko większa niż w roku ubiegłym. Na Wydział lekarski zapisało się w ogóle prawie 900 uczniów a z tego na rok pierwszy 235.

* Według nadesłanych nam wykazów było w Cieplicach czeskich do dnia 28 września rb. 10.729 osób.

* **Wiedeń**. Radca dworu prof. Dr. Hyrtl obchodzić będzie w dniu 7 grudnia rb. 70-rocznicę urodzin. Wiedeńskie kollegijum doktorów przygotowuje na ten dzień godną jego owacyję.

* **Mianowania i odznaczenia.** N. Pan mianował Dra Henryka Mendelsburga starszym lekarzem przy komendzie rezerwy pułku piechoty Fryderyka Franciszka WK. Meklenburg-Schwerin Nr. 57. Dra Jana Horbaczewskiego starszym lekarzem w szpitalu garnizonowym we Lwowie, Dra Józefa Tarchalskiego starszym lekarzem w pułku piechoty hr. Huyn Nr. 15.

Nekrologija. W Wiedniu dnia 2 października rb. zmarł Dr. Karol Patruban b. profesor zwyczajny anatomii i fizyjologii w Uniwersytecie w Insbruku i Pradze.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 19: Talki: Sprawozdanie z VI Kongresu międzynarodowego oftalmologów w Medyjolanie (1—4 września rb.) — W *Medycynie* Nr. 40: Perkowskiego: Przecięcie gałązek nerwu uszno-skroniowego jako środek leczniczy przeciw uporczywemu nerwobólowi szczękowemu; Perkowskiego: Przypadek ropnicy wyzdrowieniem zakończony; Kahla: Owrzodzenia tchawicy.—*Gaz. Lek.* od kilku tygodni nie otrzymujemy.

Konkurs Na opróżnioną posadę asystenta przy katedrze fizyjologii rozpisanym jest do dnia 25 października 1880 r. b. Posada ta udzielona będzie na lat dwa od 1go listopada 1880 po koniec października 1882. Pensyja roczna wynosi 600 złr. Podania na ręce Dziekana Wydź lek.

Sprostowanie. W Nrze 40, str. 514, szpalcie pierwszéj, w pierwszym wierszu ostatniego ustępu zamiast: „W krajach niemieckich“ powinno być „nie niemieckich,“ a na str. 515 w. 14 od góry zamiast „za skutek pisma“ winno być „za skutek pochyłości pisma.“

Z dniem 6 października rb. Administracyja Przeglądu Lekarskiego przeniesioną została do domu przy ulicy Podwale Nr. 84.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

L. 1203.

KONKURS.

Na prowizoryczną posadę akuszerki miejskiéj z płacą 72 złr. rocznie.

Kompetentki zechcą do 1go Listopada 1880 roku wnieść w dowody wieku, stanu i uzdolnienia zaopatrzone podania do tutejszego magistratu.

Magistrat król. wol. miasta
Staréjsoli dnia 18 Sierpnia 1880 r.
Burmistrz Wojtasiewicz.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	**w Austryi** 8 złr. 80 c.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 16 października 1880. **№ 42.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. DOMANSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. (C. d.) — II. KOPFF. Ostry gościec stawowy *(Polyarthritis acuta)*. Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu św. Łazarza w oddziale Doc. Dra Pareńskiego w l. 1876—1880. (Dok.) — III. *Oceny i sprawozdania*: Prof. Herman COHN: O piśmie, druku i rozwielmożnianiu się myopii. Sprawozdanie Dra Rydla. (Dok.) JOHN CLAY: Uwagi nad *Tereb. de Chios* i jéj zastósowaniem w przypadkach raka. Sprawozdanie Dra Karcza. — *Wiadomości pomniejsze*. — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Okólnik do Sekcyj Towarzystwa lekarzy galicyjskich. — V. *Odcinek*: JANISZEWSKI. Listy z Berlina I. — WARSCHAUER. List o doświadczeniach Doc. Dra Grütznera nad Hypnotyzmem.—VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.*—VII. *Wiadomości bieżące.*

I. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

VII.

35. Z kiłą nerwów na obwodzie jeszcze prędzéj uporać się możemy. To, co wiemy o kile nerwów mózgowych, omówiliśmy już poprzednio przy kile mózgu; w praktyce bowiem trudno rozstrzygnąć, czy zajęcie jakiegoś nerwu mianowicie na podstawie czaszki pochodzi ze samodzielnego cierpienia jego, czy téż jest skutkiem i objawem zmiany kiłowéj w mózgu. Co do innych nerwów, to przypuszczenie w nich zmiany kiłowéj opierano albo na tém, że ich cierpienia pojawiały się u kiłowych albo że środki przeciwkiłowe okazały się skutecznemi. Jedna i druga okoliczność, zdaniem naszém nie wystarcza do uznania cierpienia za kiłowe, jakkolwiek to może być w wielu razach bardzo podobném do prawdy. Zdaje się tylko, iż nerw wzrokowy może samodzielnie bez zmiany w mózgu ulegać kile a objawami tego cierpienia będzie upośledzenie lub wcale nawet zniesienie wzroku, zazwyczaj tylko na jedném oku.

VIII.

36. Opisawszy w ten sposób objawy kliniczne kiły układu nerwowego zastanówmy się nieco nad rozpoznaniem w ogólności téj choroby za życia, gdyż co do rozpoznawania szczegółowych jéj objawów i przypadów przytoczyliśmy dostateczne, jak mniemam, wskazówki.

Pierwszą i najważniejszą rzeczą jest wykazanie obecnéj lub przebytéj kiły w organizmie. Co do obecnéj, znajdziemy nierzadko zmiany prawie zawsze późne w skórze, kościach, jądrach, niekiedy obrzmienie gruczołów limfatycznych. Po przebytéj kile znajdziemy nieraz bardzo podejrzane blizny na częściach płciowych i w jamie ustnéj, utratę podniebienia miękkiego, braki w przegrodzie nosowéj, ślady przebytego zapalenia tęczówki.

Do dowodów przebytéj kiły a raczej infekcyi organizmu właściwym przyrzutem należy w niektórych przypadkach wiarogodne podanie chorego i historyja dawniejsza chorego skreślona przez lekarza.

Jakkolwiek stwierdzenie istniejącéj lub przebytéj kiły jest oczywiście najważniejszym czynnikiem w rozpoznaniu kiłowej natury danych zboczeń w układzie nerwowym, to jednakowoż traci ono bardzo na ważności z następujących przyczyn: naprzód zboczenia kiłowe w układzie nerwowym liczą się do form bardzo późnych choroby, przed któremi pojawiły się i znikły nieraz bez śladu, mianowicie w przypadkach leczonych wszystkie inne zmiany kiłowe nawet późne w różnych organach jak kościach, skórze, błonach śluzowych itd., powtóre jest rzeczą bardzo podobną do prawdy, że kiła układu nerwowego występuje, jakeśmy to już dawniéj powiedzieli, przeważnie w przypadkach, w których objawy wcześniejsze były lekkie i krótkie, gdzie zatém, pomijając istniejące, ślady nawet przebytéj już kiły są bardzo nieznaczne, wątpliwe a nieraz całkiem ich nie ma, po trzecie, że na anamnezę i historyją poprzednią chorego w wyjątkowych tylko przypadkach można coś rachować, po czwarte nakoniec, że wykazanie nawet kiły istniejącéj lub niewątpliwie przebytéj samo przez się nie dowodzi kiłowéj natury zboczeń nerwowych, bo kto kiłę ma lub ją miał, nie jest oczywiście zabezpieczonym od chorób innych układu nerwowego. I syfilityk może dostać krwotoku do mózgu a następnie skutkiem tego porażenia połowiczego, które w żadnym związku z kiłą zostawać nie potrzebuje.

Drugą ważną okolicznością w wielu, nawet w przeważającéj liczbie przypadków jest kombinacyja przypadów dla innych chorób układu nerwowego niezwykła a przynajmniéj bardzo rzadka. Ponieważ na ten punkt przy omawianiu niektórych form kiły układu nerwowego zwróciliśmy już uwagę, przeto pozostaje nam tylko kilka ogólnych dodać myśli. Zmiany kiłowe po największéj części występują ogniskowo

tj. w postaci gniazd rozsianych, które atoli prawie zawsze w mózgu z pewnością a w rdzeniu pacierzowym prawdopodobnie trzymają się powierzchni tych ośrodków i ztąd to pochodzi, że najrozmaitszym zboczeniom czynnościowym kiłowym towarzyszą tak często z jednéj strony porażenia mięśniów ocznych i zboczenia psychiczne, z drugiéj inne nieraz przypady dla tychże samych zboczeń czynnościowych nie z kiły pochodzących nader rzadkie a przynajmniéj zbyteczne. Przykłady wzięte z życia lepiéj może objaśnią: młody człowiek mający lat 26 doświadcza, jak się wyraża, przez jakiś, czas „mątu“ w głowie tak, iż uważają go za „waryjata“, późniéj wprawdzie przychodzi do posiadania władz umysłowych, lecz natomiast doznaje upośledzenia w mowie (afazyi niezupełnéj) a nakoniec porażenia niezupełnego połowiczego po stronie lewéj. Czegoż to dowodzi? Oto, że zmiana anatomiczna będąca powodem tych zboczeń czynnościowych nie stanowi jednego ogniska, lecz nagabuje osobno części do życia psychicznego służące, ośrodek ruchowy mowy położony, jak nam wiadomo, w stronie lewéj mózgu i części przewodniczące ruchom odnóg lewych a zatém położonych w prawéj półkuli. W innym przypadku człowiek młody, koło 32 lat mający, dostaje porażenia odnóg dolnych obok upośledzenia oddawania moczu. Lekarz przybyły rozpoznaje zmianę zapalną w rdzeniu pacierzowym, ordynuje przeciw tym groźnym przypadom rtęć zewnętrznie, jod wewnętrznie, chory przychodzi do zdrowia, gdy po kilku miesiącach zaczyna widzieć podwójnie i spostrzega skrzywienie twarzy. Badanie przekonywa o porażeniu jednego nerwu odwodzącego (lewego) i jednego nerwu twarzowego, po téjże saméj stronie. Równocześnie postrzegają otaczający chorego pewne obniżenie władz umysłowych. Rozpoczyna się leczenie znów jodem i rtęcią, podczas którego chory doznaje po kilka razy napadów afazyi a raz nawet porażenia niezupełnego i przelotnego odnogi dolnéj prawéj. Czyż w obec takich przypadów można myśleć o jednéj zmianie ogniskowéj choćby nawet rozległéj w układzie nerwowym? W trzecim przypadku chory dostaje powoli porażenia odnóg dolnych a po kilku dniach wyrobionego już porażenia opada mu powieka lewa i nie może zwrócić gałki ocznéj lewéj na wewnątrz; mamy zatém kombinacyję przypadów rdzeniopacierzowych z mózgowemi itd. W czwartym przypadku po bólach gwałtownych w głowie i w zakresie nerwu troistego pojawia się anestezyja wszystkich prawie gałęzi tego nerwu, osobliwie pierwszéj i drugiéj i wkrótce zapalenie oka porażne. Wśród odpowiedniego leczenia wewnętrznego i zewnętrznego chora odzyskuje wzrok, lubo nie zupełnie, anestezyja nieznaczna zostaje, chora cieszy się zresztą zupełném zdrowiem, gdy po latach siedmiu bez utraty przytomności dostaje porażenia połowiczego po téjże saméj stronie.

Przykłady te z własnych postrzeżeń zaczerpane wystarczą do wykazania, że nie same przypady czynnościowe, lecz raczéj ich kombinacyje dla innych chorób układu nerwowego niezwykłe mają dla kiły coś odrębnego i właściwego i po téj to właśnie odrębności można w wielu razach kiłę rozpoznać skutecznie dla nauki i praktyki. Rozumie się zresztą samo przez się, iż ten ważny czynnik dyjagnostyczny odpada tam, gdzie przypadów czynnościowych kiły jest mało lub gdzie one kombinują się tak, iż nie pozostawiają żadnéj różnicy od zboczeń czynnościowych z innéj przyczyny. Tak np. dzieje się, jeżeli kiła wystąpi w postaci porażenia połowiczego po stronie prawéj z utratą mowy i przytomności u ludzi w późniejszym wieku, bo wtedy trudno ją odróżnić od krwotoku do mózgu, lub jeżeli wystąpi w postaci porażenia odnóg dolnych choćby z upośledzeniem czynności pęcherza moczowego, bo wtedy prawie nie podobna odróżnić kiłę od prostéj zmiany zapalnéj.

Trzecią nader ważną również okolicznością jest przebieg objawów, przy którym zasługują na uwagę występowanie przedtém niezwykłych przypadów, poprawianie się i pogarszanie bez widocznych przyczyn, recydywy, znikanie jednych a pojawianie się drugich. Tak mianowicie rzeczą jest wcale dla zwyczajnego porażenia połowiczego skutkiem krwotoku lub zatoru niezwykłą, by je poprzedzał bardzo uporczywy ból głowy przez tygodnie lub miesiące, by ten ból był bardzo mocny i pogarszał się w nocy, występował i znikał bez widocznéj przyczyny. Tak samo dla padaczki prostéj jest rzeczą niezwykłą, by się łączyła z porażeniem połowiczém w ten sposób, iż chory tracił naprzód przytomność, wśród tego dostawał napadu epileptycznego, który następnie przemieniał się w napad, że tak powiem, hemiplektyczny z afazyją i amnezyją, mijający w przeciągu kilkunastu lub kilkudziesięciu minut bez zostawienia śladu porażenia. Do tego pogarszania się i polepszania odnieść trzeba wiele przypadów czynnościowych w postaci napadów nieregularnych, rozdzielonych od siebie przestankami względnego lub zupełnego, oczywiście tylko na pozór, zdrowia. W ten sposób obserwować można napady epileptyczne, ale także porażenia połowicze, poprzeczne, nawet niedowłady mięśniów ocznych, afazyję. Z wyjątkiem epilepsyi, która pojawia się i bez kiły w napadach, inne zboczenia czynnościowe co właśnie wymienione prawie nigdy nie występują w napadach, jeżeli polegają na inszéj niż kiła przyczynie. Tymczasem nierzadko można w kile mózgowéj postrzegać po kilka i po kilkanaście a czasem nawet i po kilkadziesiąt napadów afazyi lub hemiplegii. Recydywy są jednym z przymiotów kiły oddawna znanym na skórze i błonach śluzowych. Coś podobnego istnieje nie zawsze wprawdzie, ale bardzo często w kile układu nerwowego i może w danym razie nabrać obok innych objawów znaczenia dyjagnostycznego. Tak np. obserwowałem sam dwukrotny powrót porażenia odnóg dolnych, kilkokrotny powrót porażenia połowiczego lub porażenia mięśniów ocznych, co dla kiły nader wielkiego nabiera znaczenia.

37. Te trzy okoliczności jak wykazanie kiły obecnéj, niezwykła kombinacyja przypadów czynnościowych i pogarszanie się lub poprawianie ich obok recydyw i pojawianie się nowych zboczeń w miejsce dawniejszych najczęściéj wystarczają do rozpoznania kiły układu nerwowego. Oczywiście, że rozpoznanie jest têm trudniejsze, im przypad jakiś jest więcéj izolowanym. Tak np. kiła może objawić się wyłącznie porażeniem połowiczém, a jeżeli to wystąpiło nawet z utratą przytomności, rozpoznanie może nawet być niepodobném. Naodwrót porażenia mięśniów ocznych mianowicie mięśnia podnoszącego powiekę górną i prostego zewnętrznego prawie zawsze nasuwają podejrzenie a nawet w danym razie same przez się uprawniają do rozpoznania kiły.

Pomijając szczegółowe przypady, o których rozróżnieniu od kiłowych mówiliśmy na swém miejscu, oczywistą jest rzeczą, że kiłę układu nerwowego możnaby pomięszać tylko z nerwicami rozległemi, w których zmiana anatomiczna już wykryta lub domyślna zajmuje różne miejsca układu nerwowego. Takiemi nerwicami są: histeryja i stwardnienie wysepkowe mózgu i rdzenia pacierzowego.

Histeryja, jak wiadomo, może objawiać się wszelkiemi zboczeniami czynnościowemi w układzie nerwowym i pod tym względem rzeczywiście jest podobną do kiły. Rozróżnienie atoli mimo tego zazwyczaj nie okazuje wielkich trudności a to z następujących powodów: 1) u wielkiéj liczby histeryczek istnieje pewien, że tak powiem, *habitus hystericus*, który wprawnemu lekarzowi natychmiast podpada pod oko a tego *habitus* nie ma oczywiście w kile, 2) przypady najczęstsze w kile układu nerwowego mianowicie mózgu są w histeryi rzadkie i odwrotnie: np. porażenia mięśniów ocznych, porażenia połowicze, afazyja są w histeryi rzadkiemi i to nawet, przynajmniéj u nas, bardzo rzadkiemi, gdy na odwrót ból stosu kręgowego, nadczułość jajnika osobliwie lewego, porażenia więzadeł głosowych, porażenia poprzeczne bez zboczeń w odżywianiu nawet po bardzo długiém trwaniu, uporczywe wymioty, zachcenia ciekawe do rzeczy niezwykłych a nieraz i obrzydliwych prawie nigdy albo przynajmniéj bardzo rzadko trafiają się w kile, 3) przebieg innym jest w kile, innym w histeryi. Kila rozpoczyna się często bólem głowy z wiadomemi przypadami i całym szeregiem zboczeń, które powoli ostatecznie potęgują się i doprowadzają do stanu, w którym o rozróżnieniu od histeryi nawet mówić nie potrzeba, gdy przeciwnie histeryja rozpoczyna się zazwyczaj nieznacznie zboczeniami dowodzącemi zwiększonéj wrażliwości układu nerwowego, osobliwie pod względem psychicznym, poczém dopiero przychodzą inne cięższe objawy czynnościowe i napady do kiłowych ani swą formą ani przebiegiem zwykle niepodobne. W napadach histerycznych przeważają kurcze, w napadach kiły z wyjątkiem padaczki porażenia. W histeryi mamy nieraz rzeczywistą *Launenhaftigkeit*, jak ją trafnie Niemcy nazwali, która nie trzyma się anatomii wcale, gdy w kile zmieniają się wprawdzie przypady, ale zawsze z zachowaniem prawideł anatomicznych. Przykład może lepiéj to objaśni: młoda histeryczka porażona na obydwie nogi równocześnie wymiotuje wszystkiém, co tylko do żołądka wprowadzi z wyjątkiem wiśni surowych, nie ma atoli żadnych zboczeń w oddawaniu moczu; i naodwrót młody człowiek, o którym jużeśmy wspomnieli, dostaje porażenia odnóg dolnych a równocześnie porażenia m. podnoszącego powiekę górną i prostego zewnętrznego. U tamtéj wymioty opisane nie odpowiadają przypadowi rdzeniopacierzowemu, u tego porażenie odnóg dolnych i porażenie mięśniów tłumaczy się zmianą anatomiczną jedną w rdzeniu pacierzowym, drugą w mózgu, zawsze atoli skutkiem téjże saméj przyczyny.

Jeszcze mniéj napotykamy trudności w rozróżnianiu kiły od drugiéj choroby ze zmianami rozsianemi w układzie nerwowym, jaką jest stwardnienie wysepkowe *(sclerosis disseminata)* mózgu i rdzenia pacierzowego. Pomijając, że choroba ta w ogólności jest rzadką, do odróżniania posłużą uporczywy zawrót głowy, mowa skandowana, kurcze drżące w odnogach mianowicie górnych, na jawie i wtedy, gdy ruch jaki jest zamierzony, kurcze tém większe, im chory bardziéj chce dojść do celu, charakterystyczne pismo, *nystagmus*, przypady ze strony rdzenia pacierzowego i przedłużonego.

38. Zapytajmy się teraz, czy po uwzględnieniu wszystkich tych okoliczności rozpoznanie kiły układu nerwowego jest możebne i do jakiego stopnia. Pod tym względem rozróżnić trzeba rozmaite przypadki. Jedne, w których badanie przedmiotowe nie wykazuje w innych organach żadnych zmian któreby do kiły odnieść trzeba było a w układzie nerwowym przypady odosobnione. Tu rozpoznanie może być nieraz bardzo trudne a omyłka jest łatwą; tu trzeba koniecznie trzymać się ściśle znamion podanych przy każdym z osobna przypadzie kiły a i wtedy jeszcze należy przygotować się na błąd w rozpoznaniu. Drugie, w których są przypady kiły obecnéj lub przebytéj w innych organach a w układzie nerwowym przypady nieznaczne i również odosobnione. I tu oznaczenie związku między kiłą a zboczeniem w układzie nerwowym może być bardzo trudne, mianowicie jeżeli wiek pacyjenta lub inne okoliczności np. wada serca nie ułatwiają rozpoznania. Nakoniec są przypadki i to zdaniem mojém bardzo częste, w których wprawdzie nie znajdujemy ani w jądrach ani w kościach ani skórze żadnych śladów obecnéj lub przebytéj kiły, w których atoli cała kombinacyja przypadów ze strony układu nerwowego odpowiada obrazowi, jaki w niniejszéj pracy skreśliliśmy. Tu rozpoznajemy oczywiście kilę a jakkolwiek sceptyk przesadny i tu nam może wiele zrobić zarzutów, to jednakowoż winniśmy się trzymać naszego rozpoznania, jako jedynego, które nam daje rękojmię lub przynajmniéj nadzieję uratowania chorego, bo jakeśmy to już nieraz powiedzieli, ze wszystkich zboczeń czynnościowych ze strony ośrodków zboczenia polegające na kile na najlepsze pozwalają rokowanie. Nie trzeba więc przesadnemi wymaganiami co do pewności rozpoznania odejmować sobie jedyną wskazówkę do energicznego leczenia a tém samém ratowania chorego. (Dok. nast.)

II. Ostry gościec stawowy. *(Polyarthritis acuta)*.

Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu św. Łazarza w oddziale Doc. Dra Pareńskiego w l. 1876—1880.

Opracował Dr. **Leon Kopff.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Lekiem górującym jeszcze teraz po nad wszystkiemi innemi w gośćcu używanemi, jest kwas salicylowy. Pierwszy zwrócił uwagę na działanie tego środka Buss, Stricker zaś, opierając się na doświadczeniach, zrobionych na klinice Traubego, w 14 przypadkach *Polyarthritis*, ogłosił go jako niezawodny, usuwający chorobę w ciągu kilku dni *(Berlin. klin. Wochenschrift* 1876 Nr. 1 i 2). Spostrzeżenia Strickera zwróciły uwagę wszystkich lekarzy, a liczne doświadczenia wkrótce sprawiły rozczarowanie, wykazały bowiem, że spostrzeżenia Strickera były robione ze zbyt wielką skwapliwością, a ztąd wyniki ich są przesadzone. Pierwszy z takiém zdaniem wystąpił Ries[1]). Oparty na doświadczeniach dokonanych w 30 przypadkach gośćca, uważa wprawdzie *Acidum salicylicum* za dobry środek przeciwgorączkowy, i może za środek skracający czasem przebieg choroby, nie przerywający go jednak, jak to Stricker głosił. Podobne zapatrywanie wypowiedzieli wkrótce i inni lekarze, którzy z tym lekiem doświadczenia czynili[2]). Obe-

[1]) *Berlin. klin. Wochenschrift* 1876. Nr. 8. Ries w 30 przypadkach używał kwasu salicylowego, równocześnie w 9 przypadkach zachowywał się obojętnie. Z tych ostatnich choroba minęła w 1 przypadku w ciągu 6 dni, w 1 w ciągu 7 dni, w 2 w 9 dniach etc. Z leczonych zaś kwasem salicylowym: w jednym przypadku trwała choroba 7 dni, w jednym 8 dni, w jednym 10 dni, w dwóch 13 dni etc.

[2]) Między innemi Skerit (*Brit. med. Journ.* 1876. 28. *Virchow-Hirsch Jahresb.* 1877. II. S. 272), podaje, że 25 przypadków gośćca obojętnie leczonych trwało: 1) począwszy od dnia kuracyi przeciętnie 9·1 dnia, 2) od początku choroby 17 dni. Al-

cnie większość lekarzy uważa kwas salicylowy za jeden z najlepszych środków, któremi się szczyci nasza terapija przeciwgośćcowa, niepoczytując go atoli wcale za niezawodny, przerywający zwykły przebieg choroby i zapobiegający powikłaniom z chorobami serca. W mniejszości zaś znajdują się ci, którzy albo bezwzględnie odmawiają kwasowi salicylowemu wszelkiéj skuteczności, lub téż ci, którzy popadają w drugą ostateczność i uważają go za *non plus ultra* terapii gośćcowéj.

W przypadkach, których moja praca dotyczy, stósowano u 25 chorych kwas salicylowy. Podawano go od 2 do 6 gramów na dzień, przy czém dostrzeżono u niektórych chorych objawy zadrażnienia narządu pokarmowego (częściéj rozwolnienia, niż nudności i wymioty), a dość często odurzenie, dzwonienie w uszach, ból głowy, w ogóle objawy podobne, jak po podaniu większych dawek chininu. Dziewięć procent ogólnéj liczby chorych nie znosiło zupełnie kwasu salicylowego, tak, że po jednym lub dwu dniach musiano zastąpić lek ten innym. Z dobrym skutkiem podawano go w 68.2% przypadków. Powikłania z zapaleniami serca wystąpiły w 13.6%. Czas trwania choroby od dnia przybycia do szpitala wynosił przeciętnie 10.9 dni, od początku choroby zaś 61.85. Kwas salicylowy obniżał prawie stale ciepłotę. Zwykle już w drugim dniu, po podaniu go, ciepłota opadała. Czas trwania gorączki był w ogóle krótszym, niż przy innym sposobie leczenia. Tylko w 11% przypadków nie dostrzeżono wpływu na ciepłotę.

Z powyższego widzimy, że w każdym razie kwas salicylowy należy do dzielnych leków przeciwgośćcowych, że chociaż nie przerywa zwykłego biegu *Polyarthritis*, przecież obniżając ciepłotę i skracając prawie zawsze czas trwania gorączki, daléj działając bardzo często skutecznie na samo cierpienie stawów, wreszcie skracając znacznie trwanie saméj choroby, zmniejsza jéj niebezpieczeństwo.

W dwunastu przypadkach używano *Kalium jodatum* podskórnie. Z literatury nie wiadomo mi, kto pierwszy podał ten sposób leczenia. W naszym szpitalu nad środkiem tym rozpoczął doświadczenia w roku zeszłym Dr. Wasylewski, ale dla braku odpowiednich chorych musiał je przerwać. W bieżącym roku robiłem dalsze doświadczenia, zastrzykując zwykle całą strzykawkę Pravaza rozczynu dwuprocentowego jodku potasu w okolicę stawu najwięcéj bolesnego i obrzmiałego. Zazwyczaj po jednorazowém zastrzyknięciu obrzmienie znacznie się zmniejszało, a bóle malały. W następnym dniu zastrzykiwałem znów w okolicę innego stawu.

Wyniki jakie dotąd otrzymałem, stosując lek ten u 12 chorych, były nadspodziewanie świetne. Podaję je w ten sam sposób, jak to czyniłem z innemi lekami. Dobry skutek spostrzegłem w 71.3% bez skutku zaś lek ten pozostał w 28.7%. Powikłanie z chorobami serca nie wystąpiło w żadnym przypadku. Czas trwania choroby od dnia wstąpienia do szpitala wynosił przeciętnie dni 10; od początku choroby dni 47. Żadnych wpływów nie miłych i ubocznych na ustrój nie dostrzegłem, w jednym tylko więcéj uporczywym przypadku wystąpiło *Acne jodata* miernego stopnia. Jedyną stroną ujemną leku tego jest dość znaczna bolesność w miejscu zastrzyknięcia, która jednak szybko mija.

kalija skracają przebieg choroby do 6—7 dni, licząc od początku leczenia, do 14 dni, zaś licząc od początku choroby. Salicyn okazał się w 19.4% (w 43 przypadkach) bezskutecznym. *Acidum salicylicum* (27 przypadków) w 20% bez skutku, ciepłota normalna powracała przeciętnie po 4.1 dniach.

Przytaczam jednę z historyj chorób:

M. D. wyrobnica l. 24 mająca, przybyła do szpitala 14 czerwca 1880 r. wieczór. W chwili przybycia do szpitala stan obecny był następujący:

Chora przed sześciu laty przebyła także gościec, w czasie którego miała mieć silne bicie serca i kłucie w boku lewym. Obecna choroba rozpoczęła się przed pięciu dniami dreszczem, gorączką i bólami w stawach kolanowych. Budowa i odżywienie dosyć dobre, ciepłota podniesiona, język wilgotny, obłożony, w płucach zmian nie ma. Pierwszy ton nad prawą i lewą komórką, jakotéż i w okolicy całego serca ze szmerem trącym; tętno 96. Wymiary serca prawidłowe. Oba stawy kolanowe obrzmiałe, bolesne, bolesność w stawie łokciowym prawym. Kłucie w boku lewym, bicie serca. Podano kwasek.

Rozpoznanie: *Polyarthritis acuta cum pericarditide complicata.*

15/VI. Ciepłota wieczorna 39,5, ranna 39,4, tętno 108. W stawie kolanowym prawym ból i obrzęk większy. Świeży ból i obrzęk wystąpił w stawie nadgarstkowym prawym i w stawach śródręcza po stronie lewéj. Szmery trące nad sercem dzisiaj wybitniejsze. Zastrzyknięto podskórnie w okolicę stawu nadgarstkowego prawego pełną strzykawkę Pravaza dwuprocentowego rozczynu *Kalii jodati.*

16/VI. Ciepłota wieczorna 39,5; ranna 38,5; tętno 96. Bóle w dawniéj zajętych stawach nieco mniejsze.

17/VI. Ciepłota wieczorna 38,5; ranna 38,7; tętno 96. Ból nowy w obu stawach łokciowych. Obfite poty. Zastrzyknięto jodek potasu w okolicę stawu łokciowego lewego.

18/VI. Ciepłota wieczorna 38,4; ranna 37,7; tętno 72. Bolesność i obrzmienie w stawach znacznie mniejsze. Szmery trące nad sercem utrzymują się. Zastrzyknięto *Kalium jodatum* w okolicę kolana lewego.

19/VI. Ciepłota wieczorna 38,0; ranna 36,5; tętno 72. Ból tylko w stawie nadgarstkowym prawym, obrzmienia nie ma. Zastrzyknięto *Kalium jodatum* w okolicę stawu nadgarstkowego prawego.

20/VI. Ciepłota prawidłowa, bóle ustąpiły. Zaprzestano podawać *Kalium jodatum.*

23/VI. Stan dobry. Tarcie osierdziowe bardzo słabe.

Nie jest to przypadek umyślnie wybrany, owszem w dwunastu innych, w których stósowano *Kalium jodatum* podskórnie, znalazłoby się dość takich, w których skutek był znacznie wybitniejszym. Wybrałem umyślnie przypadek stojący w pośrodku, uważając go za najstósowniejszy do ogłoszenia, by postępując inaczéj nie przedstawić stanu rzeczy może w zbyt różowém świetle.

Z powyższéj historyi choroby widzimy, że chora przyszła w piątym dniu ostrego gośćca, że w dniu szóstym, kiedy chora silnie gorączkowała, gdy choroba wcale nie okazywała jeszcze skłonności do ustąpienia, lecz owszem, z nowém nasileniem zajęła stawy nadgarstkowe i śródręcza zastrzyknięto jodek potasu. Po zastrzyknięciu chora w dniu następnym czuła się lepiéj, skoro jednak nie zastrzyknięto w dniu tym lekarstwa, na nowo wystąpiły bóle i zajęły stawy łokciowe, przy czém ciepłota nie okazuje rannéj remisyi, lecz podniosła się o dwie dziesiętne. Po drugiém zastrzyknięciu obrzmienie i bóle znacznie się zmniejszyły, a ciepłota ranna była prawie prawidłowa. Po następnych zastrzyknięciach, zmia-

ny chorobowe szybko ustępują, tak że w piątym dniu leczenia uważano za stósowne zaniechać podawania *Kalium jodatum*. W siódmym dniu po przybyciu do szpitąla, chora czuła się zupełnie dobrze, uskarżała się tylko na osłabienie. W całości więc w przypadku tym choroba trwała 10 dni, a licząc od czasu rozpoczęcia wstrzykiwań pięć dni. Lek zastrzykiwano wszystkiego cztery razy. Ponieważ strzykawka używana ma objętości 1.50 grama, przeto zastrzykiwano na jeden raz po 0,03 jodku potasu, czyli chora spotrzebowała w czasie swéj choroby 0 12 grama *Kalii jodati*, co w porównaniu ze znacznemi ilościami, jakie się na wewnątrz w reumatyzmie podaje, jest uderzająco małą ilością.

Żałuję, że nie mogę podać wyników z doświadczeń na większéj liczbie chorych robionych, brak bowiem odpowiedniego materyjału na teraz nie zezwolił mi tego uczynić. Dla tego wstrzymuję się jeszcze z wyrzeczeniem ostatecznego zdania o leczeniu wstrzykiwaniami jodku potasu, póki nie zgromadzę znaczniejszéj liczby doświadczeń.

Do leków, które jeszcze nie przeszły przez pręgierz krytyki i doświadczeń, należy *Acidum* i *Natrum benzoicum*. Kwas będźwinowy o ile mi wiadomo pierwszy polecał Senator (*Allgem. Wiener med. Ztg.* 1876. Nr. 39).

W szpitalu św. Łazarza stósowano dotąd tak kwas będźwinowy jak i będźwinian sodowy, w czterech przypadkach. Liczba ta doświadczeń jest zbyt małą, by opierając się na niéj, wyrokować o skuteczności jakiegoś leku. W czterech tych przypadkach lek ten zawiódł nadzieje w nim pokładane.

W końcu niniejszego sprawozdania z doświadczeń leczniczych nad gośćcem, podaję zestawienie wyników, jakie otrzymano co do każdego środka, a to w celu łatwiejszego poglądu na ich skuteczność, jakotéż łatwiejszego porównania ich między sobą pod względem działania.

	Natrum aceticum	*Ammonium causticum*	*Kalium jodatum* wewnętrz.	*Acidum salicylicum*	*Kalium jodatum inject. subc.*
Z dobrym skutkiem procent	21.8	38.0	33.3	31.8	71.3
Bez skutku procent	78.2	62.0	66.7	68.2	28.7
Powikłania procent	15.4	11.9	8.3	13.6	0
Czas trwania choroby od dn. przybycia do szpitala i początku leczenia dni	19.9	15.9	25.3	10.9	10.0
Czas trwania od początku choroby dni	81.3	49.5	72.7	61.85	47.0

Przypatrzywszy się powyższemu zestawieniu widzimy, że najpomyślniejsze pod każdym względem wyniki otrzymaliśmy z wstrzykiwań podskórnych jodku potasu. Na drugiém miejscu stoi *Ammonium causticum*, a to tak ze względu na najskuteczniejszy wpływ na cierpienie stawów, jakotéż na krótkość trwania choroby. Przy tém i procent powikłań jest mniejszy niż przy innych sposobach leczenia. Prawie na równi z amonijakiem stoi kwas salicylowy. Amonijak wprawdzie przewyższa *Acidum salicylicum* korzystniejszym wpływem na cierpienie stawów, jakotéż mniejszą odsetką powikłań, stoi jednak za to niżéj od niego, co do czasu trwania choroby i korzystnego wpływu, jaki ten ostatni na ciepłotę wywiera. *Kalium jodatum* wewnętrznie podawano okazuje wyniki pomyślniejsze niż *Natrum aceticum* co do wpływu na cierpienie stawów jakotéż co do częstości powikłań, ustępuje mu jednak pod względem czasu trwania choroby. Zważywszy jednakowoż, że jodek potasu podawano zazwyczaj w przypadkach z przebiegiem więcéj przewlekłym, w których choroba o wiele jest uporczywszą, musimy jodkowi potasu przyznać pierwszeństwo co do korzystniejszego wpływu na czas trwania choroby. Z drugiéj za to strony, ponieważ powikłania z chorobami serca w przypadkach z przebiegiem przyostrym o wiele rzedziéj się wydarzają, nie należy uważać *Kalium jodatum* za lek zapobiegający im najskuteczniéj ze wszystkich innych środków w gośćcu używanych. W każdym więc razie musimy jodkowi potasu dać pierwszeństwo przed octanem sodowym, nieodmawiając jednak zupełnie temu ostatniemu wpływu korzystnego na leczenie, winniśmy go przeciez uznać za najmniéj skuteczny z leków przez nas używanych.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Herman Cohn: **O piśmie, druku i rozwielmożnianiu się myopii.**

(Sprawozdanie z wykładu na 53 Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Gdańsku).

(Dokończenie. Patrz Nr. 41.)

Ważną nakoniec jest długość wierszy. Druk jest tém czytelniejszy, im krótsze są wiersze, ponieważ oczy mniéj poruszać się muszą. Javal sądzi, że tak częste wzmaganie się stopnia myopii w Niemczech jest skutkiem długości wierszy. C. uważa 100 mm. za największą dozwoloną długość wiersza, a pożądaném byłoby skrócenie do 90 mm. Wykładający tuszy sobie, że te wskazówki wystarczą do zniewolenia redaktorów, przynajmniéj czasopism lekarskich, ażeby nie używali druku mniejszego od 1·5 mm.. cieńszego od 0·25 mm., interlinij węższych od 2·5 mm., a wierszy dłuższych nad 100 mm.

Ale i najlepszy druk nie położy tamy szerzeniu się i wzmaganiu myopii, jeżeli oświetlenie będzie złe. C. przyszedł już przed 15 laty do przekonania: „że w szkole nie może być nigdy za wiele światła“, ale że według prób żądać należy co najmniéj 30 cali kwadratowych szkła na jednę stopę kwadratową powierzchni podłogi. Idealem doskonałości w tej mierze byłyby dachy szklanne. Rozumie się również, że i oświetlenie sztuczne nie może być nigdy za jasne.

W nowszych czasach lekarze podnoszą słusznie, że wszelkie środki zaradcze przeciw myopii na nic się nie zda-

dzą, jeżeli nie będzie się unikało przeciążania uczniów pracą. Zjazd higijenistów w Norymberdze żądał, aby po trzechgodzinnéj nauce następowała zawsze półgodzinna przerwa, aby daléj zmniejszono ilość godzin szkolnych tudzież zadań domowych. Nawet urzędownie przyznają teraz, że w najwyższych dwóch klasach gimnazyjalnych mają uczniowie prócz sześciu godzin szkolnych jeszcze cztery godziny pracy domowéj, a przecież 10 godzin pracy jest niewątpliwie za wiele dla oczu będących w rozwoju.

Nareszcie nalegać należy usilnie, żeby nauczycieli egzaminowano surowo z higijeny, mianowicie szkolnéj. Nie rzadko bowiem patrzą oni szyderczo z góry na nasze usiłowania, dotyczące higijeny szkolnéj, mianowicie konstrukcyi ławek szkolnych. Jak zaś dzieje się zadość wymaganiom umiejętności dość będzie powiedzieć, że w żadnéj szkole wrocławskiéj ławki nie są tak urządzone, żeby dzieci siedzieć i pracować w nich mogły bez uszczerbku dla zdrowia, bo pominąwszy ich wadliwą budowę nie sadzają w nich uczniów stósownie do wzrostu, lecz małych i dużych w jednych i tych samych ławkach.

Ale nie dość jest poznać przyczyny złego, potrzeba koniecznie urzędnika wyposażonego władzą dyktatorską, któryby zamykał wszystkie źle oświetlone szkoły, usuwał nieodpowiednie ławki i zmuszał gminy do sprawienia dobrych, rugował książki zbyt drobno i ściśle drukowane, i czuwal przy układaniu rozkładu godzin, aby nie przeciążano uczniów, słowem oddalał silną dłonią wszystkie szkodliwości zagrażające oczom młodzieży szkolnéj, krótko mówiąc potrzeba lekarza szkolnego.

Byłoby to istotnie godném zgromadzonych tutaj przyrodników i lekarzy zadaniem, powiada C., przyczynić się do tego, ażeby najszlachetniejszy przyrząd zmysłowy naszych dzieci lepszéj doznawał pieczy, i żeby nareszcie ustanowiono lekarzy szkolnych, którzyby z przeważnym głosem zasiadali w kolegijach nauczycielskich. Nie mogę wcale dopatrzyć słusznéj przyczyny, żeby nasze zakłady naukowe produkowały myopiję jako niezbędną właściwość uczoności. Pamiętajmy o słowach Dondersa: że każde oko krótkowidzące jest chorém i starajmy się położyć tamę epidemii, któréj większa połowa uczonych ulega, a która największéj baczności rodziców i władz wymaga! Może też wtedy, po jakich 10 lub 20 latach inny jaki mowca nie będzie potrzebował rozwodzić przed zgromadzeniem przyrodników i lekarzy żalów nad szerzeniem się myopii, lecz będzie mógł stwierdzić, że przerażające liczby dotyczące jéj szerzenia się w roku 1880 udało się zmniejszyć do minimalnych za pomocą rozumnych i energicznie przeprowadzonych urządzeń higijenicznych. Oby się to życzenie spełniło! (*Tagblatt d. 53 Versammlung deutscher Aerzte u. Naturforscher in Danzig).*

Prof. Dr. Rydel.

John Clay: **Uwagi nad** *Tereb. de Chios* **i jéj zastósowaniem w przypadkach raka.**

W Nr. 22 Przegl. Lek. zamieszczono streszczenie artykułu w piśmie *The Lancet* przez J. Claya o *Tereb. de Chios* ogłoszonego. Autor podał wówczas do wiadomości opis czterech przypadków raka macicy, które po dłuższym zażywaniu *Tereb. de Chios* zupełnie wyleczone zostały. Równocześnie zapewniał Clay, iż dobre skutki po użyciu téj terpentyny dostrzedz można i w rakach innych narządów. Wówczas jednak te ostatnie były jeszcze za nadto krótko w leczeniu aby można było już coś stanowczego orzec. W artykule, z którego mamy zamiar obecnie zdać sprawę zajmuje się Clay nie tylko opisem samego leku ale podaje wynik dalszych doświadczeń, stanowczo na korzyść w mowie będącego leku przemawiających, a oraz daje wskazówki co do sposobu używania.

Ubolewa on nad tém, że inni lekarze nie byli dotychczas w stanie poszczycić się tak pomyślnym skutkiem; wprawdzie jedni przypisywali to nieprawdziwości leku, inni atoli ośmielili się powątpiewać o prawdziwości twierdzeń autora. Żałować należy, mówi Clay, że prawdziwa a jedynie skuteczna *Tereb. de Chios* dotąd w tak małych ilościach bywa dostarczaną, iż to zmuszało do zastępowania jéj fałszowanemi żywicami, co naturalnie niekorzystnie wpływać musiało na wynik leczenia. Autor ma nadzieję otrzymania wkrótce z wyspy Chios większéj ilości terpentyny przez co zaradzi się brakowi temu na przyszłość. Otrzymał on tymczasem trzy wyborne próbki pocztą. Podaje opis ich, który w niektórych punktach różni się od opisu danego w maju br. Wszystkie trzy próbki okazały się być prawdziwemi. Jedna była barwy blado-żółtawéj i prawie zupełnie wolna od zanieczyszczeń; druga posiadała wielką ilość kory, piasku itd., przez co była znacznie ciemniejszą; trzecia miała wygląd kitu szklarskiego, co pochodzić ma z wymycia jéj wodą. Wszystkie posiadały woń przyjemną, charakterystyczną, były prawie bez smaku, twardniały na powietrzu. Zamiast prawdziwéj terpentyny z Chios sprzedają obecnie czasem terpentynę zebraną wprawdzie na Chios ale prawdopodobnie z modrzewiów, nie mającą więc żadnéj wartości. Różni się ona tém od prawdziwéj, że jest ciemniejszą, ma silny zapach, i jakkolwiek w pierwszéj chwili jest bez smaku, późniéj pozostawia smak nudny, gorzki, przykry a nadto nie tężeje na powietrzu, nawet po tygodniach. Z pośród 300 przesłanych okazów kupionych za prawdziwe, ku wielkiemu swemu zdziwieniu C. znalazł tylko kilka (*few*), które rzeczywiście były odpowiedniemi. (Wedle zasięgniętych informacyj, przyczyna licznych fałszowań leży także w tém, że równocześnie odbywa się zbiór z różnych żywicodajnych a obok rosnących drzew, prawdziwa zaś tak zwana *Ter. de Ch.* tylko z *Pistacia Terebinthus* pochodzić winna. Kto posiada tak zwaną *Ter. de Chios* dla pewności powinien ją przesłać Red. Przegl. lek., dla porównania jéj z przesłaną przezemnie próbką terpentyny, którą Prof. Clay za wyborną uznał. Obznajmiwszy się raz z własnościami prawdziwéj, trudno się późniéj omylić. *Przyp. Sprawozd.*). Można więc łatwo pojąć, dla czego tylko tu i owdzie sprawdzono częściowo twierdzenie autora co do skuteczności tego leku. Z tych też powodów mniema C., iż zanim wyda się sąd ujemny ostateczny, niewątpliwy, wypada wypróbować prawdziwy lek i to przez czas dłuższy, nie oglądając się na to, iż nie działa możliwie szybko w pierwszych dniach lub tygodniach używania, jak to uczyniono w niektórych szpitalach, gdzie naprzód dawano fałszowany lek, a później po użyciu prawdziwego jedynie przez mniéj więcéj 3 tygodnie, odrzucono tenże jako nieskuteczny. W tych razach przyczynę wyniku ujemnego upatruje autor nie tylko w tém, że użyto fałszywéj *Ter. de Ch.* lecz także w téj okoliczności, że terpentyna nie została dobrze strawiona; co przypisuje nieodpowiedniemu przyrządzeniu lekarstwa. Radzi on dla zapobieżenia odłączaniu się terpentyny, a ztąd wyniknąć mogącéj nierówności dawek, użyć świeżego liposoku tragankowego, lub też wedle rady danéj mu w czasopiśmie aptekarskim zastą-

pić go gumą *Acaciae*, w dostatecznéj ilości. Gdzie trawienie w ogóle jest słabsze dodatek do każdéj dawki małéj ilości nastoju cinchoninu okazał się skutecznym. Kwiat siarczany również zdaniem autora podwyższa skuteczność mięszanki. Pigułki jeżeli nie są należycie sporządzone, nie bywają dobrze strawionemi, co w odchodach stwierdzić można, należy je wtedy zdaniem autora zastąpić mleczanką lub téż używaniem pigułek na przemian z mleczanką, tę ostatnią zażywając rano i na noc, a w południe dwie pigułki, każdym razem po jedzeniu. Daléj poleca on w pierwszym tygodniu rozpocząć leczenie tylko od połowy dawki. Pigułki mają być albo przyrządzane z eterem lub co jeszcze lepiéj w ogrzaném moździerzu; dobrze téż dodać siarki do rozpłyniętéj masy, jeżeliby zaś i wtedy zachodziły trudności w trawieniu, radzi C. pigułki sproszkować i w mleku lub innym łagodnym płynie zażywać. Odradza on używania magnezyi do pigułek, gdyż stają się nierozpuszczalnemi. Tyle co do środka samego i sposobu używania.

Następnie oświadcza autor, że pierwotne jego spostrzeżenia tyczące się skuteczności *Tereb. de Chios*, znalazły potwierdzenie w dalszych doświadczeniach. W ogłoszonych przedtém przypadkach nowotwor rakowaty znikł zupełnie, a dotychczas nie ma śladu ponowienia się. Odpiera stanowczo twierdzenie jakoby *Tereb. de Chios* nie była użyteczną, gdyż przypadki te są według wiedzy autora dotychczas jedynemi przykładami wyleczenia raka li za pomocą środków wewnętrznych. Autor sądzi się przeto uprawnionym do twierdzenia, że przynajmniéj rak macicy daje się usunąć przez zażywanie *Tereb. de Chios*. Przypadki dalsze tyczą się osób przez chorobę wynędzniałych w późniejszych okresach choroby, jednakowoż i tu lek ten nie przestaje być skutecznym. Doświadczenia autora nie są odosobnione, gdyż i inni lekarze poświadczają skuteczność tego leku w rakach różnych narządów. W pierwszych przypadkach które leczył używał C. wyłącznie tylko *Ter. de Chios* dla wypróbowania i wykazania jéj skuteczności, obecnie zaś doradza po uczynionych doświadczeniach, użycie pewnych miejscowych i ogólnych zarządzeń, które niewątpliwie posłużyć mogą do szybszego wyzdrowienia chorych. Autor twierdzi stanowczo, że jeżeli nowotwór rakowaty ogranicza się do macicy, to przy zażywaniu *Tereb. de Ch.* przez miesiąc, przy użyciu, gdzie potrzeba, pewnych środków ogólnych i miejscowych, wszelkie względy przemawiają za tém, iż można się spodziewać wyleczenia. Jedynaście przypadków raka macicznego leczonych tym sposobem w *Queens hospital*, krom innych prywatnych usprawiedliwia powyższe jego twierdzenie. Niektóre zajmujące szczegóły, spostrzeżone podczas leczenia, przyrzeka autor późniéj ogłosić. Radzi on leczyć nawet przypadki zadawnione. Na dowód, że leczenie i w takich razach może być skutecznem przytacza autor najnowszy przypadek następujący: „Mary B., wyszła ze szpitala Middlesex w Londynie przed 4ma miesiącami wiedząc, iż uleczoną być nie może i długo już żyć nie będzie. Gdy usłyszała o *Ter. de Ch.* pragnęła przyjść pod moją opiekę do *Queens hospital*, lecz odradzałem jéj podróży, gdyż według tego, co o tym przypadku się dowiedziałem, zdawało mi się, iż choroba zanadto już postąpiła, aby się można było dobrego wyniku spodziewać; pomimo to przybyła B. do szpitala. Zażywała *Tereb. de Ch.* a w przeciągu dziewięciu tygodni tak się stan jéj polepszył, iż właśnie ma wrócić do Londynu; wszelkie bowiem są widoki, że wkrótce wyleczoną zostanie". Pierwotne zdanie autora, iż lek ten niszczy ciałka (komórki) rakowe, i tym sposobem zanik nowotworu sprowadza, stwierdziły najnowsze doświadczenia w skutek zażywania leku ustają najpierw bóle i krwawienie; z początku bowiem lek nie niszczy naczyń. Dopiero gdy tkanki obumarłe znikają zostają obnażone naczynia, przez co powstaje krwawienie, zwłaszcza w czasie miesiączki. U chorych, które przekroczyły okres klimakteryczny, C. nie spostrzegał tego przypadu. Ergotyn nie wstrzymywał krwawienia. Wdmuchywanie po 20 centigramów *Zincum sulfur.* i węgla sproszkowanego dwa razy dziennie po przestrzykaniu pochwy okazało się skutecznêm i zdaniem autora przyczynia się do zniszczenia naczyń. Cel ten da się także osiągnąć przez słaby rozczyn dwuchlorku żelaza i gliceryny. Chore używały także z dobrym skutkiem wstrzykiwań równych części wody i octu winnego.

Przypadki, w których przednia ściana pochwy jest zajętą, okazały się nieodpowiedniemi dla leczenia terpentyną Wkrótce powstają albo przetoki albo téż zapalenie pęcherza a chore ulegają mocznicowym objawom. Wycięcia szyjki macicznéj nie doradza C. z tego samego powodu. Sposób działania *Ter. de Ch.* uwidocznia następny przypadek: chora 60-letnia dwukrotnie operowana gdy poraz trzeci wytworzył się rak przybłonkowy łechtaczki i sromu poddaną została leczeniu *Terp. de Ch.* Nowotwór był wielkości pół korony (*half a coron*); ku końcowi pierwszego tygodnia jedyną zmianą jaką dostrzedz było można, był bledszy cokolwiek wygląd nowotworu; w drugiém tygodniu, pokrył się nowotwór wydzieliną szarawą silnie przyczepioną. W czwartym tygodniu nowotwór już do połowy się zmniejszył, powierzchnia poniekąd wypukła i znacznie grubsza otoczona jakby pierścieniem żywo karmazynowym. Szósty tydzień: Nowotwór zmniejszony znacznie, lecz zawsze otoczony żywo czerwonym pierścieniem, lecz bez wypociny, przy nacisku nie krwawi. Ósmy tydzień: pierścień znikł a nowotwór wygląda jak brodawka. Do dziesiątego tygodnia nie było zmiany. W 12 tygodniu prawie zupełnie nowotwór znikł. Chora wyjechała na wieś na jakiś czas i obiecała iż się z powrotem przedstawi.

Autor wspomina o trzech przypadkach raka jelita odchodowego, w dwu z nich stan bardzo się polepszył, trzeciego autor daléj nie obserwował, lecz doniesiono mu po siedmiu tygodniach o również pomyślnym przebiegu. Trzy przypadki raka żołądka znajdują się w leczeniu w oddziale autora jeden chory sam szpital opuścił, w dwu innych znaczne osiągnięto już polepszenie tj. ustanie bólów i chorzy mogą zatrzymywać pożywienie w żołądku, gdy przedtém ciągłe trapiły ich nudności. Z tych przypadków C. wnosi że *Ter. de Ch.* w przypadkach raka żołądka wywiera równie korzystny jeżeli nie korzystniejszy wpływ aniżeli przy rakach innych narządów. W jednym przypadku gruczoły szyjne przedtém znacznie obrzękłe po użyciu leku całkowicie znikły. Clay leczy obecnie cztery przypadki raka języka: w jednym z nich nowotwór posiadał rozmiary czereśni, po czterech tygodniach zmalał tak, iż nie wystaje ponad błonę śluzową, zabliźnia się. W kilku przypadkach raka twarzy chorzy doznali dotychczas znacznéj ulgi (*much benefited*). W dwu przypadkach raka otrzewny i wątroby nie widział autor polepszenia, z wyjątkiem, że u jednego chorego bóle się uśmierzyły, a ogólny stan na krótki czas polepszył się, po sześciu do ośmiu tygodniach zadawał autor z korzyścią środki krzepiące. Jeżeli po kilku miesięcznem zażywaniu *Ter. de Ch.* bóle żołądka i jelit powstają (co zresztą nie rzadko i wcześniéj się wy-

darza), okazał się nastój belladony po każdéj dawce terpentyny skutecznym. Morfinu nie radzi autor zadawać. Zresztą późniejsze doświadczenia pouczą nas czy po kilkumiesięczném użyciu terpentyny chorzy będą mogli nadal obejść się bez niéj. Jak na teraz robi autor przerwy w zadawaniu na kilka dni co 14 dni. W 16 przypadkach raka sutka w szpitalu pozostających i innych licznych prywatnie leczonych, dostrzegł Clay po upływie kilku pierwszych tygodni ustanie bólów, zmniejszenie się rozmiarów i większą przesuwalność przedtém nieruchomych nowotworów, również zniknięcie obrzęku gruczołów pachowych; zachodzą przytém pewne różnice przy rakach włókniakowych przybłonkowych i owrzodzeniach, krótki atoli czas obserwowania, nie dozwala autorowi na teraz stanowczego wypowiedzieć zdania.

Clay ma nadzieję, iż przez powyższe pobieżne zestawienie wykazał, że lek ten nie jest przynajmniéj bez pożytku, i że pobudzi kolegów do dalszych doświadczeń z tym lekiem, którego skuteczność już w dawniejszych czasach omawiano. W końcu artykulu wzywa autor do cierpliwości i wytrwałości, wszelkie bowiem choroby chroniczne wymagają dłuższego leczenia, a skoro *Ter. de Ch.* przez długi czas bez szkody zażywać można, to na podstawie swoich dotychczasowych doświadczeń, sądzi się Clay uprawnionym do twierdzenia, iż środek ten wyda na przyszłość znakomite wyniki w leczeniu raka. (*The Lancet* z 2 października 1880 r.) [1]).

Dr. Karcz.

Wiadomości pomniejsze.

(K. G.) Na posiedzeniu paryskiéj Akademii lekarskiéj, które się odbyło w końcu września, Dr. Worms miał wykład o moczówce. Obserwował on w kilku przypadkach pojawienie się dotąd nieopisane symetrycznego nerwobólu nerwów podszczękowych i kulszowych i wysnuwa ze swych przypadków następujące zdania:

1) Istnieje nerwoból właściwy moczówce, który pojawia się w obu symetrycznych gałązkach tego samego nerwu.

2) Nerwoból ten spostrzegano dotąd tylko w nerwie podszczękowym i kulszowym.

3) Moczówkowy nerwoból zdaje się być o wiele boleśniejszym niż inne nerwobóle.

4) Przeciw temu nerwobólowi chinin, morfin, brom i im podobne środki przeciw nerwobólom używane nie okazują się skutecznemi. Nerwoból ten wzmaga się i zmniejsza w miarę wzmagania się lub zmniejszania się ilości cukru w moczu. W. uważa ten nerwoból za należący do rzędu tych, które pojawiają się przy skazach krwi jak dnie, blednicy i *Morbus saturninus*. (*W. med. Bl.* 1880 Nr. 41).

(K. G.) Przeciw bólowi zębów zaleca Dr. Spörner następny środek. Bierze się 3—4 ziarnka (około 0·05) wodnika chloralu i zawija w watę (aby tylko ziarnka razem się trzymały), wsuwa ten tamponik w jamkę zepsutego zęba i pozostawia tam aż do rozpuszczenia się chloralu, wypluwając gromadzącą się ślinę. Jeżeli ząb górnéj szczęki jest zepsuty, to palcem przytrzymuje się tamponik w jamie tak długo, aż się chloral rozpuści. Przy tém postępowaniu za każdym razem już po kilku minutach i najgwaltowniejszy ból zębów zupełnie ustaje. Autor wypróboweł ten środek przez 4 lata. (*St. Petersburger med. Wochenschrift. W. med. Bl.* 1880. Nr. 41).

(y) Leczenie rzeżączki wstrzykiwaniem chloralu. Dr. Pasqua z Benghazi poleca ten sposób leczenia w *Bulletin général de thérapeutique.* Używa rozczynu 1·50 chloralu na 120·00 wody różanéj. Dwa wstrzyknięcia dziennie, zatrzymane w cewce po kilka minut, okazały się dostatecznemi. Z początku wywołują lekkie palenie, uczucie kłucia, po którém nagle we dwie lub trzy minuty nastaje uczucie przyjemnéj świeżości. Od trzeciego lub czwartego dnia leczenia potrzeba oddawania moczu i erekcyje stają się mniéj bolesne i mniéj częste, odpływ zmniejsza się, staje się coraz jaśniejszym i bardziéj przeźroczystym a ósmego lub dziesiątego dnia ustaje zupełnie. (*France médicale.* 1880. 38.)

[1]) W jednym z poprzednich artykułów Clay podaje przepis na mleczankę, któréj używa. Przepis ten podług wagi angielskiéj opiewa: Rp. *Solut. Ter. de Ch. unc. dimidiam. Solut g. tragacanth. unc. quatuor. Syr. unciam. Flor. sulf. grana quadraginta. Aq. font. ad uncias sedecim.* DS. Dziennie 3 razy po uncyi zażywać. (*Sol. Ter. de Ch.* składa się z jednéj części *Terb.* a dwóch części *Aeth. sulf. puri*). *(Przyp. sprawozd.)*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Z Rady zawiadowczéj Tow. lek. gal.

L. 15.

Okólnik do szanownych Sekcyj Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

C. k. Namiestnictwo udało się w skutek reskryptu c. k. Ministerstwa spraw wewn. z dnia 26 czerwca 1880 l. 4027 do obu Towarzystw lek. krajowych o zasięgnięcie opinii w sprawie zapobieżenia nadużyciom z receptami. Wyrażono bowiem z pewnéj strony zapatrywanie, iż recepta lekarska powinna właściwie służyć tylko do jednorazowego odbioru leku i jedynie dla chorego na téjże recepcie wymienionego.

W myśl téj zasady, potrzebnymby był w razie ponownego użycia tego sumego leku, każdym razem nowy przepis lekarski; należałoby wzbronić wydawania leków na wszelkiego rodzaju odpisy recept, jak niemniéj należałoby wzbronić kopiowania recept w aptekach; lekarz powinienby używać jedynie recept stemplowanych z uwidocznieniem swéj kwalifikacyi i mieszkania, powinien obok daty przepisu wymienić także nazwisko i mieszkanie chorego, wreszcie winien czytelnie podpisywać się. Nomenklatura przyjęta przez farmakopeję rakuską powinna być zwykle używaną. Aptekarzowi nie wolnoby było ekspedyjować recept, nie sporządzonych w powyżéj opisany sposób, natomiast miałby on czuwać, by powyżéj tekstu każdéj ekspedyjowanéj recepty wytłoczoną była stampilija apteki, by nadto obok daty wydania umieszczoném było nazwisko ekspedyjenta i słowo „wydano.“

Przekroczenia tych rozporządzeń podlegałyby karze pieniężnéj o ile nie podpadają pod ustawę karną.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galic. uprasza przeto szanownych Kolegów by zechcieli wziąść całą sprawę pod rozwagę, czy i o ile wprowadzenie takich zarządzeń byłoby pożądaném i wykonalném, oraz aby uwagi swe najdaléj do końca listopada do Rady zawiadowczéj przesłać raczyli.

Z Rady zawiadowczéj Towarz. lekarzy galic.

Lwów d. 10 października 1880.

Dr. Merunowicz sekret. jen. — *Dr. Biesiadecki* prezes.

V. Listy z Berlina.

I.

Szpital Charité. — Oddziały chorób wewnętrznych. — Doświadczenia z hydrochinonem. — Oddział chirurgiczny. — Przypadek *elephantiasis.*

Berlin, obecnie można powiedzieć ognisko nauk lekarskich dla Niemiec, posiada znaczną liczbę szpitali i prywatnych klinik, pomiędzy tymi zakładami pierwsze jednak miejsce zajmuje Charité.

Pierwszą podstawę obecnemu szpitalowi Charité dał król Fryderyk I w r. 1710, kazawszy za miastem wybudować dom, w którym mieli znaleźć pomieszczenie chorzy dotknięci zarazą (dur?), posuwającą się ku Berlinowi. Berlin jednak nie uległ téj zarazie, a dom ten służył następnie rozmaitym celom: bądźto jako dom przytułku dla ubogich i dom pracy, bądźtéż jako szpital wojskowy i cywilny, a dopiero od roku 1728, w którym téż i obecną nazwę dostał, służył wyłącznie jako szpital, przeważnie jednak wojskowy.

Obecnie Charité zajmuje blisko 48 morgów powierzchni i składa się z 4 głównych budynków, następnie 2 baraków systemu Essego, każdy o 26 łóżkach, instytutu patologiczno-anatomicznego, dużego domu III piętrowego, w którym pomieszczony jest zarząd szpitala, pralni i kilku jeszcze mniejszych budynków przeznaczonych na różne cele. Pojedyncze budynki pooddzielane są od siebie ogrodami.

W Charité z czasem znalazły pomieszczenie i kliniki i to różne w różnych czasach. Przystępując do opisu klinik zacznę od kliniki wewnętrznéj, która pomieszczoną jest w budynku mającym kształt podkowy, najpierw wystawionym i dla tego noszącym nazwę staréj Charité. Ilość łóżek przeznaczonych dla chorych wewnętrznych wynosi obecnie przeszło 500. Cały oddział wewnętrzny podzielony jest na 4 sekcyje, z tych w jednéj kierującym lekarzem jest Prof. Frerichs. Jego oddział pomieszczony jest na IIgiém piętrze frontowego budynku, a częściowo także w obu skrzydłach bocznych i pomieścić może 180 chorych. W tym samym budynku na Iszém piętrze znajduje się oddział na takąż liczbę chorych przeznaczony Prof. Leidena. W tym samym budynku w lewém jego skrzydle jest pomieszczoną klinika dzieci, oddział okulistyczny i ginekologiczny, w prawém zaś skrzydle oddział chorób nerwowych Prof. Westphala i dwa oddziały wewnętrzne zostające pod opieką Dra Fraentzela i Dr. Waldenburga, a uważane w Berlinie za mniéj ważne dla tego, że w nich znajdują pomieszczenie przeważnie lżejszemi chorobami dotknięci.

Urządzenie wewnętrzne sal odpowiada wszelkim wymogom. Łóżka są wszystkie żelazne, a na nich są umieszczone ramy drewniane wyplecione grubym drutem, oparte na łóżku na 6ciu sprężynach, z których 4 po rogach a dwie w środku. Na ramę kładzie się materac przykryty prześcieradłem, na którém jeszcze rozciągnięta jest biała cerata. W każdéj sali znajduje się watercloset, jako téż do każdéj sali dochodzą rury wodociągowe, z których jedna przyprowadza wodę zimną, druga ciepłą. Przewietrzanie odbywa się przeważnie przez otwieranie okien. Sale są oświetlone gazem: w każdéj sali znajdują się dwa płomienie gazowe, umieszczone w środku sali. Czystość panuje wszędzie wzorowa. Sale chorych, są duże (najmniejsze przeznaczone są dla 10 chorych) a pomiędzy niemi znajdują się małe pokoiki dla posługaczy. Sala np. mająca 20 m. długości 8 m. szerokości a 3·75 m. wysokości i 7 okien jest przeznaczoną dla 18 ciężko chorych, na każdego więc chorego przypada około 33 m. sześć. a na pierwszém piętrze stosunki te są jeszcze korzystniejsze, bo przy téj saméj powierzchni sal i téj saméj ilości chorych je zajmujących, sale te są blisko o 2 stopy wyższe. Stosunki jednak tak korzystne są tylko w salach dla ciężko chorych, bo lżéj chorzy mają mniéj powietrza, ich łóżka są bliżéj siebie poustawiane. (Łóżka ciężko chorych są od siebie oddalone o 0·75 m. odstęp zaś pomiędzy łóżkami lżéj chorych nie wynosi więcéj jak 0·5 m.).

Do oddziału wewnętrznego Prof. Frerichsa należą także laboratoryja mikroskopiczno-chemiczne, z których jedno, że tak powiem podręczne, znajduje się w samym zakładzie i służy do badań na prędce potrzebnych, drugie zaś większe, obejmujące 3 pokoje, znajduje się w zakładzie anatomii opisowéj, a zatém w dość znacznéj odległości od samego oddziału.

Ciężko chorzy, obecnie znajdujący się na oddziałach wewnętrznych, są przeważnie dotknięci durem brzusznym. Również oddziały wewnętrzne innych szpitali zajęte są przeważnie choremi na dur. Za przyczynę takiego rozgałęzienia duru podawano mi brak dobréj wody do picia, jakkolwiek bowiem w Berlinie istnieją wodociągi, to jednakże woda sprowadzana ma być zupełnie nieprzydatną do picia, raz, że zawiera za mało soli wapiennych, a powtóre, iż zawiera za to za wiele grzybków, zresztą woda używana do picia pochodzi po większéj części ze Sprei ulega tylko filtracyi.

Leczenie duru brzusznego w Berlinie jest prawie jednakie we wszystkich szpitalach. Chorzy dostają albo *Aqua chlori* albo téż kwas solny i do tego kąpiele zimne (18° do 24°R) ilekroć ciepłota przekroczy 39·5°C, nie częściéj jednak jak co dwie godziny. Wyniki przy tém leczeniu mają być bardzo pomyślne.

W jednéj części oddziału Prof. Frerichsa asystent jego Dr. Brieger robi obecnie doświadczenia z hydrochinonem jako lekiem przeciwgorączkowym. Po zażyciu 0·5 hydrochin. ciepłota w przeciągu 2 godzin obniża się o 2°C. tak, iż częstokroć spada poniżéj 37°C., wpływ ten jednak nie trwa długo, gdyż już w ciągu trzeciéj godziny ciepłota zaczyna się podnosić, ponieważ jednak przy użyciu tego leku nie dostrzeżono żadnych objawów ubocznych, można więc dawkę znów powtórzyć, skoro ciepłota znaczniéj się podniesie.

Przy téj sposobności nadmienię, iż stósunki wewnętrzne Charité nie są zbyt świetne jeżeli bowiem lekarz ordynujący chce robić doświadczenia z jakimś lekiem nowym, musi wnieść prośbę do dyrektora zakładu o dostarczenie mu tegoż, jeżeli jednak dyrektor, co często ma mieć miejsce, nie przychyli się do podanéj prośby w takim razie nie pozostaje lekarzowi nic innego, jak z własnéj kieszeni ponosić koszta leczenia, jezeli chce używać żądanego leku.

Klinika chirurgiczna znajduje się w osobnym budynku jednopiętrowym, zwanym letnim lazaretem, otoczonym naokoło ogrodami, naprzeciw zaś niéj w odpowiedniéj odległości (około 300 kroków) znajduje się instytut patologiczno-anatomiczny. W oddziale chirurgicznym, którego część mieści się także w sąsiednim budynku, może znaleść pomieszczenie prawie 300 chorych. W czterech salach o 76 łóżkach znajdują się chorzy kliniczni, oba téż baraki, każdy o 26 łóżkach, przeznaczone są do użytku klinicznego. Urządzenie wewnętrzne kliniki chirurgicznéj nie różni się niczém od urządzenia innych klinik.

Co się tyczy materyjału chirurgicznego, to ten jest znaczny i można powiedzieć, wszystkie główniejsze działy chorób chirurgicznych, są tu odpowiednio zastąpione. Sala wykładowa, a zarazem i operacyjna znajduje się na I piętrze. W środku, naprzeciw drzwi i dużego okna wychodzącego na północny zachód umieszczono stół operacyjny, a po obu bokach ławki, ustawione amfiteatralnie, dla 120 słuchaczów.

Operacyje i wszystkie opatrunki odbywają się pod mgłą karbolową. Do opatrunku używaną bywa gaza napojona rozczynem Brunsa i juta nasycona rozczynem 5% lub 10% kwasu karbolowego. Bezpośrednio na ranę przykłada

się ceratkę na nią zaś gazę w kilkoro złożoną, a na tę dopiero jutę. Wyniki są bardzo pomyślne.

Z ciekawszych przypadków widziałem u kobiety wysoko rozwiniętą *Elephantiasis*. Przypadek ten jest o tyle ciekawym, iż stopa mało jest zmienioną, podudzie już znacznie więcéj, udo zaś jest w nadzwyczaj wysokim stopniu dotknięte zmianą chorobową, która się już rozprzestrzeniła i na pośladek. Już dawniéj proponowano choréj wyłuszczenie odnogi w stawie biodrowym, lecz chora tak w ów czas jak i obecnie ani myśli zgodzić się na tę operacyję.

Dr. Janiszewski.

List o doświadczeniach Doc. Dra Grütznera nad Hypnotyzmem.

Połączona sekcyja anatomiczno - fizyjologiczna 53go Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Gdańsku, odbyła pod przewodnictwem Tajnego Radcy zdrowia prof. Witticha (z Królewca) nadzwyczajne posiedzenie w sali gimnazyjum miejskiego trwające blizko dwie godziny, na którém przed licznie zebraném zgromadzeniem przyrodników i lekarzy, w obecności licznych powag lekarskich Doc. Dr. Grützner, asystent prof. Heidenhaina (w Wrocławiu), robił z wielkiém powodzeniem, doświadczenia hypnotyczne, które opisać zamierzam.

Czternastu młodzieńców (przeważnie uczniów klas wyższych szkół średnich) zasiadło w dwóch rzędach na stołkach, by służyć za przedmiot badania.

Przed rozpoczęciem swych badań Dr. G. podniósł trudności jakie zachodzą, gdy się robi doświadczenia w obec wielkiego audytoryjum, bo jak wiadomo każda radość, smutek, pobudliwość, lub zwrócenie uwagi na jakibądź przedmiot utrudnia dojście do skutku hypnotyzmu, zwykle też w takich razach usypia jeden na dwunastu.

Dla sprowadzenia snu każe się Dr. G. wpatrywać przez 7 do 10 minut w guzik szklany, połyskujący. Braid, który obszernie pisał o hypnotyzmie, kazał przedmiot świecący trzymać nad oczami, atoli wykonanie tego polecenia bardzo nużyło osoby ciągle się wpatrujące w guzik, dla tego Dr. G. każe tym osobom wpatrywać się w guzik, który sobie same przed oczyma dość blizko trzymają.

Do mających być hypnotyzowanymi Dr. G. przemawia w ten sposób: Starajcie się Panowie, abyście o niczém nie myśleli, utwierdzajcie Wasz wzrok i wlepiajcie go w guzik błyszczący, powoli guzik zniknie Wam z przed oczu, może go Panowie będziecie widzieć podwójnie, nie zwracajcie jednak na to uwagi i ciągle wpatrujcie się w niego.

W sali podczas doświadczeń panowała jak największa cisza, o którą też poprzednio G. upraszał.

Z czternastu osób, które się badaniu poddały tylko trzech było przydatnych do dalszych doświadczeń, czyli jak to technicznie wyrażają: „mogli służyć za medium."

Jeden z nich liczył mniéj więcéj 16 lat, drugi lat 20, obaj uczniowie szkoły średniéj wyższéj, a trzeci o kilka lat starszy, student botaniki z Wrocławia, którego, mimochodem powiedziawszy, posądzono o to, że jest w zmowie z Drem G. i że naumyślnie zjechał z Wrocławia.

Pomiędzy tymi, którzy się zgłosili do służenia za medium, znajdował się i nasz rodak Dr. Fajans z Piotrkowa, lecz mimo wpatrywania się ciągłego w guzik nie zasnął.

W dziesięć minut po otwarciu posiedzenia Dr. G. przechodził kolejno wszystkich i kazał każdemu z osobna przymrużyć powieki, albo je sam im przymrużał, robił pociągnięcia palcami obydwóch rąk swoich ośm do dwanaście razy, atoli bez dotknięcia skóry twarzy. Pociągnięcia te (*Streichungen*) poczynał od czoła przez twarz aż do piersi, poczém łukowato zagiętemi rękami, znowu wracał do czoła, i pociągnięcia powtarzał, a gdy to uczynił, po cichu do każdego przemówił, aby się przekonać czyli śpi, czyli też nie.

Sen czyli hypnoza w powyższych trzech przypadkach osiągnięty, nie był u wszystkich jednakowy, u jednego z nich sen był lekki, u drugiego zaś głęboki z wielką pobudliwością nerwową połączony, u trzeciego były tężcowe ściągnienia mięśni. Jednemu z nich stojącemu a uśpionemu G. pozaginał rękę i nogę, a te dość długo w takiém położeniu zostawały, jakiegoby nie mógł był utrzymać, gdyby był przytomnym, przy tém odnogi te nabierały giętkości woskowéj. Ciekawém było, że jeden z nich przechadzał się, a nie mógł swego nazwiska wymówić, będąc przy pełnéj świadomości siebie, stracił panowanie nad mięśniami twarzy. Powstały również omamy (*hallucinationes*), które do tego doszły stopnia, że się uśpionemu zdawało, że zrywa jabłko z jabłoni, kiedy mu zaś dano cebulę do ręki, to gdy ją do ust zbliżył, sam zapach wystarczał do usunięcia hypnozy, do przebudzenia się uśpionego.

Urojenie uśpionego, że widzi przed sobą kobietę, do tego doszło stopnia, że robił ruchy jakoby z nią tańczył. Szczególniéj zaciekawiło doświadczenie, że u jednego po kilkorazowém lekkiém głaskaniu mięśni ręki przez surdut, taki nastąpił tężec, iż uśpiony pięści roztwierać nie mógł, przez lekkie zaś nachuchanie pojedyńczych palców wracała ruchliwość, tak że jeśli wszystkie palce były jakby tężcowo skurczone, gdy się tylko chuchało na trzy palce, to w reszcie palców nienachuchanych utrzymywał się tężec.

Wsuniętéj między palce kartki papieru, nie można było wyjąć aż po nachuchaniu palców, po nachuchaniu bowiem tężec ustąpił.

Wiele zjawisk hypnotycznych nie udało się tym razem Drowi G. przedstawić, Dr. Grützner przy téj sposobności powiada, że tak jak nie podobna na jednéj osobie durem dotkniętéj studyjować wszystkich objawów duru, tak i hypnotyzm musi być na licznych objawach studyjowany, bo przedstawia rozliczne zmiany i odcienia.

Przy téj sposobności przypomina mi się magnetyzm zwierzęcy, Mesmeryzm, który liczył wielu zwolenników, i o którym liczne pisano dzieła, wielu lekarzy zajmowało się uprawianiem onego, Francuzi słynęli z tego, pisali o skuteczności wody magnetyzowanéj itp.

Pozwolę sobie na tém miejscu wspomnieć o dwu przypadkach jasnowidzenia magnetycznego i lunatyzmu dziennego (*Somnabulisme diurne*), które przed 30 laty wydarzyły się w jednéj rodzinie u siostry i brata. Osoby te pochodziły z matki cierpiącéj na tkliwość nerwową (*hyperaesthesia nervosa*). Brat ich zmarł z padaczki, raz jadąc konno spadł z konia i doznał wstrząśnienia mózgu, z którego jednak wyzdrowiał. Prawdopodobnie więc w czasie jazdy dostał napadu padaczkowego, bo napadom padaczkowym już dawniéj podlegał.

Siostra, o któréj tu mówić zamierzam, była młodą mężatką, koło lat 19 liczącą, chorowała na pląsawicę większą, (*Chorea major vel Chorea germanorum*), miewała napady, podczas których nie będąc przytomną tańczyła sama z sobą i robiła skoki niebezpieczne na jakieby się z pewnością nie była zdobyła, gdyby była przytomną.

Że w ogóle mózg u téj chorej nie był wolny, to za tém przemawiało, że po niejakim czasie nastąpiło lekkie połowicze porażenie ręki i nogi lewéj.

U téjże chorej, którą wówczas widywali prof. Dr. Brodowicz i śp. Dr. Dietl, użyto prócz innych leków wskazanych, prócz elektryczności indukcyjnéj także magnetyzmu zwierzęcego, kilka razy usypiał ją śp. prof. Dr. Kozubowski przez pociągnięcia głaskające za pomocą rąk, jak to radził Mesmer, a późniéj i ja używałem tych manipulacyj, aby ją usypiać, co się jednak nie zawsze udawało.

W takim śnie magnetycznym (który jednak i bez manipulacyj się pojawiał) przy przymrużonych powiekach obu ócz młoda ta kobieta przez dotyk rozpoznawała przedmioty i monety, które jéj podawano, w śnie tym opowiadała rozmaite rzeczy, wydarzenia, tajemnice domowe. Uważałem jednak, że mówiła i to po cichu tylko o przedmiotach nie przekraczających jéj zasobu wiadomości, i tak nie mówiła na przykład językiem, którego nie posiadała, nie mówiła o przedmiotach przechodzących sferę jéj ogólnego wykształcenia. Przed ukończeniem snu, w którym była pogrążoną, zapowiedziała zwykle termin przyszłego snu magnetycznego i tenże rzeczywiście w oznaczonym czasie następował.

Brat jéj uczeń Wydziału prawniczego, również nerwowego usposobienia, cierpiący na ból głowy połowiczy *(Hemicrania)* i znaczną niedokrewność cierpiał również na napady lunatyzmu dziennego. Podczas napadów odbywał przechadzki po mieście, rozumie się w towarzystwie kolegi lub krewnego, (ostrożność tę zawsze zachowywano), po takiéj przechadzce wróciwszy do domu zasypiał, a wśród snu deklamował całe ustępy utworów poetycznych pierwszorzędnych wieszczów polskich i niemieckich; przepowiadał również następne napady. Późniéj nie był w mojéj kuracyi i podobno umarł z choroby Brighta.

U jego siostry zaś choroba trwała kilka lat, wreszcie zupełnie ustąpiła; późniejszemi czasy miewała kilka nawrotów choć nie tak silnych; żyje od wielu lat we Wiedniu, jest matką zdrowych potomków, a sama cieszy się dobrém zdrowiem.

Wracając po téj wycieczce do hypnotyzmu, trudno na teraz orzec, jakie będą jego dalsze koleje! Spodziewać się jednak należy, że teraz kiedy zdobycze fizyjologii w zakresie neurologii znacznie się pomnożyły, kiedy sprawą tą zajmują się ludzie z powołania, bezstronnie i trzeźwo się zapatrujący, może się uda nie jednę zagadkę wyjaśnić, dla tego też nie trzeba poprzestać na dotychczasowych doświadczeniach, lecz winny one być przedsiębrane w różnych miejscach przez wielu badaczy i w rozmaitych kierunkach.

Dr. Warschauer.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w ciągu drugiéj połowy miesiąca września 1880.

Rodzaj choroby	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało	przybyło w ciągu 15 dni	z tych: wyzdrowiało	umarło	pozostało w leczeniu: chorych	w gminach
Ospa	3	4175	1	44	23	14	8	3
Odra	10	14218	50	210	158	19	83	6
Płonica	21	20144	184	305	240	58	191	19
Błonica	22	26223	31	195	70	97	59	16
Dur brzusz.	11	9181	32	99	51	10	70	6
Dur osutkow.	3	3491	30	36	32	3	31	2
Krztusiec	21	17413	246	416	315	33	314	15
Czerwonka	128	125437	1310	1283	1532	190	891	82

Dr. Merunowicz.

* C. k. Namiestnictwo wydało do L. 22.722. następny Okólnik do wszystkich Panów c. k. Starostów i Wnych Panów Prezydentów miast Lwowa i Krakowa.

Z powodu zażaleń gremijum aptekarzy jak niemniéj i pojedyńczych aptekarzy, iż w handlach i sklepach korzennych po miastach i miasteczkach, gdzie się publiczne apteki znajdują, odbywa się nadal nieuprawniona sprzedaż artykułów leczniczych, przypomina się odnośnie do tutejszego okólnika z dnia 15 marca 1879 l. 10.346 ponownie rozporządzenie tutejsze z dnia 27 lipca 1874 l. 24.898 (Dz. rozp. kraj. Nr. 58 z r. 1874) normujące sprzedaż środków leczniczych w handlach i sklepach korzennych i wzywa się Pana, byś w myśl §. 2 i 8 ustawy z d. 30 kwietnia 1870 Dz. u. p. Nr. 68 czuwał usilnie nad ścisłém przestrzeganiem tegoż rozporządzenia.

Przy tém namienia się, że artykuły jak gorzkie migdały, gałki muszkatowe, hałun, liście wawrzynowe, saletra, kwiat siarczany, nie mogą podpadać zakazowi sprzedaży w sklepach, albowiem przedmioty te nie należą do środków, z których dopiero po odpowiedniém przerobieniu leki się otrzymuje, a oprócz tego są dla gospodarstwa i przemysłu niezbędne.

Lwów dnia 23 września 1880.

Statystyka epidemij. W tygodniu 38 (do 18 września) ospa nieco się zmniejszyła w Londynie. Świeżo zapadło 27, leczyło się w szpitalach 116, umarło 3. W Wiedniu umarło 7, w Pradze 4, w Paryżu 11. W Madrycie panowała ospa z końcem lipca ze znaczném nasileniem gdyż do 1 sierpnia umarło 23. Biegunka rzedziéj się wydarza w większych miastach, w każdym razie jeszcze wiele dzieci pada jéj ofiarą. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu i Walencyi po 5, w Londynie i Warszawie po 4, w Madrycie umarło w tygodniu kończącym się 1 sierpnia 35. W większych miastach północnéj Ameryki, głównie w Filadelfii i Nowym Jorku panowała groźnie błonica. Również donoszą z Nowego Jorku od 15 do 21 sierpnia o 1 przypadku żółtéj febry. W tygodniu 39 umarło w Krakowie: 2 z ospy, 3 z płonicy, 1 z błonicy, 2 duru osutkowego, 1 z czerwonki a doniesiono w tymże czasie: o 6 przypadkach płonicy (z ul. Karmelickiéj l. 51, z ul. Górnych Młynów l. 122, z ul. Sławkowskiéj l. 2[illegible]6, z ul. Gazowéj l. 326 i z Porąbki); 1 duru brzusznego (ze Zwierzyńca); 4 czerwonki (ze Zwierzyńca, z Płaszowa, z Rząski i z Toń).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 38 (do 18 września) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: w Krakowie 27,7; we Lwowie 30,0; w Poznaniu 29,3; w Wiedniu 22,8; w Budapeszcie 36.5; w Pradze 34,5; w Berlinie 33,2; w Wrocławiu 26,2; w Mnichowie 30,0; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 22,4; w Gdańsku 36,1; w Bazylei 18,4; w Brukseli 25,3; w Amsterdamie 24,6; w Hadze 26,7; w Paryżu 21,9; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 33,8; w Stokholmie 35,1; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 37,5; w Odessie 38,6; w Wenecyi 27,7; w Bukareszcie 24,5; w Madrycie 46,0; w Barcelonie 21,6; w Nowym Jorku 25,9; w Filadelfii 19,1; w Bombayu 29,8; w Madrasie 32,5. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 października. *Gazeta Narodowa* występuje z napaścią przeciw nowemu dyrektorowi zakładu kulparkowskiego, roniąc łzy krokodyle nad fatalizmem, który niby zawisł nad tym zakładem. I cóż za powód tego płaczu i téj napaści? Otóż dyrektor wyprosił z zakładu „pewną familiję przyjezdną,“ która zajechała do zakładu celem obejrzenia go, twierdząc: „że nie ma co oglądać, to jest szpital, a nie wystawa.“ Każdy nie uprzedzony przyzna, że dyrektor wypełnił tylko swój obowiązek, bo jeżeli jeszcze są ludzie, którzy nie wiedzą, że chorzy na umyśle nie mogą być przedmiotem ciekawości i widowiska, to oczywiście należy ich o tém pouczyć. Zakład dla obłąkanych jest zakładem zamkniętym, do którego za wiedzą dyrektora mają wstęp tylko lekarze i krewni, chcący chorego odwiedzić. Tak się praktykuje w całym świecie cywilizowanym. — *Gazeta Narodowa* jednak ujmuje się za „przyjezdnemi paniami,“ oraz za kasyjerem i jednym z lekarzy, którzy z „ujmującą grzecznością“ panie te z wozu wysadzili, zamiast pouczyć je odrazu, że nie potrzebnie do zakładu zajechały.

Zaczepka ta niesprawiedliwa ubliża tylko jéj autorowi, ale dla nas stanowi dowód, że wojna podjazdowa rozpoczyna się i przeciw nowemu dyrektorowi. Mamy niejakie podstawy do przypuszczenia, że wiadomość o odprawie danéj ciekawym przyjezdnym dostała się do redakcyi nie ze strony owych przyjezdnych, i dla tego zwracamy uwagę na fakt ten, radząc dyrekcyi, aby zawczasu zapobiegła wszelkim objawom, świadczyć mogącym o braku surowéj karności w zakładzie.

* Dowiadujemy się z urzędowéj gazety wystawy rolniczo-przemysłowéj w Cieszynie odbytéj, iż między wystawcami z Galicyi, odznaczonymi na wspomnionéj wystawie, znajduje się p. Hugo Nitribitt aptekarz z Krynicy, który otrzymał bronzowy medal za wyrób pastylek krynickich i wyciągu z igliwia świerkowego, na kąpiele balsamiczne używanego.

* Według nadesłanych nam wykazów było w Cieplicach czeskich po dzień 6 października rb. 10.742 osób.

* Do Wydziału niemieckiego Stowarzyszenia ochrony zdrowia publicznego zostali wybrani na zjeździe w Hamburgu: Dr. Erhardt pierwszy burmistrz Mnichowa, Dr. Karajan radca zdrowia z Wiednia, Margraff radca miejski z Berlina, Dr. Märklin tajny radca sanitarny z Wiesbadenu, Rietschel inżynijer z Drezna, Dr. Spiess radca zdrowia i Dr. Varrentrapp tajny radca sanitarny (obaj z Frankfurtu n./M.)

* **Wiedeń.** Kolegijum profesorów Wydz. lek. uchwaliło b. profesorowi Dr. Hyrtlowi przez osobną deputacyję wręczyć adres z powodu 70 rocznicy urodzin.

Lekarze pierwszego obwodu miejskiego zamierzają założyć stowarzyszenie lekarskie na wzór istniejących już w innych obwodach miasta.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Edgar Aigner lekarz zdrojowy w Krapina Töplitz mianowany został kr. kroacko-slawońskim referentem zdrowia.

* **Nekrologija.** We Lwowie d. 13 bm. zmarł w 73 roku życia Dr. Mojżesz Beiser obywatel hon. m. Lwowa, radny miasta i przełożony zboru izraelickiego, jeden z najdawniejszych członków Tow. lek. gal. Kim był zmarły wskazują najlepiéj dwie okoliczności. Pierwsza, że będąc ubogim, bez wszelkich wpływów i związków został jednogłośną uchwałą rady miejskiéj mianowany obywatelem honorowym Lwowa. Druga, że kto nie mógł pojąć, jakim sposobem wśród społeczeństwa tak materyjalnego jak żydowskie, mogła się zjawić postać tak idealna jak założyciela chrześcijaństwa, ten potrzebował tylko poznać żyda Beisera. W życiu filozof doskonały, w czynach chrześcijanin idealny: nie pospolita dusza pod zaniedbaną powierzchnią. *Sit ei terra levis.*

Dr. J. R.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 41: Dunina: O zastósowaniu lewara do wypuszczania płynów z worka opłucny; Polaka: Przyczynek do przeciwgnilnego leczenia durzycy. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5—14 włącznie: Fabiana: O pylicach *(Pneumoconioses)*; Trepki: *Vaginismus*; Talki: Ślepi żołnierze w warsz. wojs. okręgu, którzy utracili wzrok podczas ostatniéj wojny; Nawroczyńskiego: *Hernia cruralis incarcerata*; Wisłockiego: Leczenie sztucznem powietrzem; Rozenthala: O rzadkim wypadku nowotworów wtórnych na podstawie czaszki.

Piśmiennictwo lekarskie. MONDOT L. De la stérilité chez la femme. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 5.

MOREL C. Le cerveau, sa topographie anatomique. 4. Avec 17 planches. Paris, Berger-Levrault. Fr. 7½.

NENCKI M. Beiträge zur Biologie d. Spaltpilze. M. 2 Taf. gr. 8. Leipzig, Barth. M. 1. 50.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę dnia 20 października o godzinie 5téj po południu w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie na którém po załatwieniu spraw administracyjnych kol. prof. Adamkiewicz będzie miał wykład: „O czynnościach obustronnych“ a następnie kol. Dr. Warschauer; „O wartości chlorku pilokarpinu w błonicy, leku poleconym przez Dra Guttmanna lekarza w Konstadzie *(Constadt)* na górnym Szląsku“.

Sprostowanie. W ostatnim Nrze Przeglądu Lek. na str. 527, w przepisie pilokarpinu dla dzieci zamiast „co godzinę łyżkę„ winno być „co godzina łyżeczkę“.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

L. 1203.

KONKURS.

Na prowizoryczną posadę akuszerki miejskiéj z płacą 72 złr. rocznie.

Kompetentki zechcą do 1go Listopada 1880 roku wnieść w dowody wieku, stanu i uzdolnienia zaopatrzone podania do tutejszego magistratu.

Magistrat król. wol. miasta Staréjsoli dnia 18 Sierpnia 1880 r.

Burmistrz Wojtasiewicz.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 23 października 1880. № 43. Rok XIX.

TREŚĆ: I. DOMANSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. (Dok.) — II. SAWICKI: Przyczynek do epidemiologii. Przypadki *Meningitis cerebrospinalis epidemica* we Lwowie obserwowane w r. 1879 i 1880 w szpitalu powszechnym w III oddz. chorób wewn. — III. *Oceny i sprawozdania*: O zastósowaniu kwasorodku dwuazotu (*NO*) do znieczulenia chirurgicznego. Sprawozdanie Dra KWAŚNICKIEGO. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Sprawozdanie Komisyi wybranéj z łona sekcyi lwowskiéj Towarzystwa lekarzy galic. dla rozpatrzenia wniosków mających na celu usunięcie nadużyć z receptami. Posiedzenie Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic.— V. *Odcinek*: WARSCHAUER. Pięćdziesiąty trzeci Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Gdańsku w r. 1880 r. (C. d.) — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII *Wiadomości bieżące.*

I. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42.)

IX.

39. Leczenie wypływa jasno z jednéj strony z tego, cośmy dotychczas powiedzieli, z drugiéj z ogólnych zasad terapii; będzie więc dwojakie: przyczynowe i przypadowe.

Leczenie przyczynowe polega tak na zapobieganiu wybuchowi kiły układu nerwowego, jak i leczeniu już wybuchłéj.

Powiedzieliśmy już dawniéj, iż nie znamy właściwego powodu, dla którego kiła u jednych chorych nagabuje, u drugich omija układ nerwowy, ale logicznie rzecz biorąc wolno nam sądzić, że im troskliwszém będzie leczenie kiły w pierwszych jéj czasach, właśnie nawet w przypadkach lekkich, tém mniéj układ nerwowy będzie mieć późniéj skłonności do zmian syfilitycznych. Na pilném więc i systematyczném leczeniu kiły we wczesnych jéj okresach polega zdaniem naszém wyłącznie możność zapobiegania do pewnego stopnia kile układu nerwowego.

Leczenie wybuchłéj już kiły układu nerwowego polega oczywiście na użyciu zwykłych środków antysyfilitycznych z zastósowaniem szczególniejszego względu na chory układ; względem tym jest groźność choroby. Wolno nam więc użyć tylko środków pewnie działających i to użyć ich w sposób jak najenergiczniejszy i w formie jak najodpowiedniejszéj. Środkami takiemi są rtęć i jod.

Co do rtęci, to z uwagi na to, że wypada nam działać z jednéj strony energicznie, z drugiéj ile możności organizm chorego oszczędzać, uważamy za najstósowniejsze używanie szaruchy systematyczne i to w ilości w miarę niebezpieczeństwa od 4 do 8 gramów dziennie u dorosłych, z zachowaniem wprawdzie wszelkich ostrożności przy tém wskazanych, ale bez oglądania się za nadto trwożliwie na skutki zatrucia rtęcią. Tam, gdzie niebezpieczeństwo jest groźne i wielkie, nie można się pieścić bardzo lekkiém zapaleniem jamy ustnéj.

Z innych leków rtęciowych wspomniećby wypadło jedynie sublimat podawany przez żołądek w ilości niezbyt małéj aż do 5 ctmgr. dziennie.

Co do jodu, najwięcéj zasługują na użycie jodki alkaliów a mianowicie dawny i skuteczny jodek potasu w ilości od 4 do 10 grm. dziennie.

Ważne teraz przychodzi rozstrzygnąć pytanie, czy w kile układu nerwowego rtęć czy jod zasługuje na pierwszeństwo, lub też obydwóch tych środków porówno używać należy i wśród jakich warunków?

Na to na podstawie nowszych doświadczeń własnych i cudzych możemy obecnie odpowiedzieć w sposób następujący:

Lubo zmiany kiłowe w układzie nerwowym liczą się przeważnie do późnych nie tylko ze względu na czas, ale także i na swą budowę anatomiczną i lubo przeciw zmianom takim ma przedewszystkiém jod być skutecznym, to jednakowoż na podstawie licznych i niewątpliwych doświadczeń nie ma najmniejszéj wątpliwości, że rtęć osobliwie w postaci szaruchy działa w kile układu nerwowego znakomicie i nie jeden już przypadek wyłącznie doprowadziła do pomyślnego końca, co więcéj, można nawet z wielkiém zbliżeniem się do prawdy otwarcie wypowiedzieć, że we wszystkich przypadkach szczególnéj gwałtownych, groźnie i szybko przebiegających, prawie nie ma środka, któryby tak energicznie i prędko rozwijał swą skuteczność, jak rtęć w należyty sposób i w odpowiedniéj ilości stósowana. Gdzie rtęć nie skutkuje nic albo tylko bardzo mało, nie wiele można sobie obiecywać po jodzie a mianowicie po jodku potasu, leku zresztą w kile nader cennym i niewątpliwie skutecznym.

Innem jest pytanie, czy mimo niewątpliwéj i znacznéj skuteczności rtęci nie należy używać i jodu w kile układu nerwowego? Na pytanie to odpowiada twierdząco doświad-

czenie tak, że obecnie wielu lekarzy używa jodu obok rtęci i to albo równocześnie albo na przemian. Na tém to polega także i korzyść z użycia szaréj maści, że można obok niéj używać wewnętrznie przez żołądek jodku potasu i w ten sposób popierać dzielnie i skutecznie działanie rtęci jodkiem potasu.

Jeżeli się daje rtęć równocześnie z jodem, prowadzi się leczenie aż do wyraźnego wystąpienia objawów zatrucia mianowicie w jamie ustnéj, poczém albo przerywa się całkiem leczenie i jodem i rtęcią albo, jeżeli okoliczności na to pozwalają, daje się sam jod aż do wystąpienia objawów intoksykacyi na skórze i błonach śluzowych. Gdy te wystąpią, nastać winna zupełna pauza a następnie po minięciu objawów wspomnionych przejść można znów do rtęci i jodu.

Nader energiczną i praktyczną wydaje nam się metoda przez Fourniera podana, która na tém polega, że przez kilka tygodni używa się energicznie szaruchy zewnętrznie, jodku potasu wewnętrznie, następnie pauzuje się przez kilka dni i przechodzi do używania teraz jodu i rtęci naprzemian w ten sposób, że przez 20 dni chory wciera sobie maść, poczém przez drugie 20 dni używa jodu wewnętrznie, następnie znów przez 20 dni rtęci itd., dopóki się nie zażegna groźnego niebezpieczeństwa. Korzyści z téj metody mają być następujące: chorzy lepiéj znoszą przerzeczone środki naprzemian po sobie, niż równocześnie obok siebie, organizm nie ma czasu przyzwyczaić się ani do jednego ani do drugiego leku, przez co działanie ich jest energiczniejsze, objawy zatrucia nie mogą tak łatwo występować i przerywać leczenia, zdaniem naszém prawdopodobnie dlatego, iż jod jest wiadomym środkiem przeciw zatruciu chronicznemu rtęcią.

Pod względem czasu używania środków przerzeczonych przeciw kile układu nerwowego następujące okoliczności zasługują na uwagę:

1) Leczenie powinno zaczynać się jak najwcześniéj, skoro tylko ukażą się pierwsze zwiastuny ze strony układu nerwowego, bo za pewnik przyjąć można, iż terapia będzie tém skuteczniejszą, im wcześniéj weźmiemy się do zwalczania nieznacznych nawet zboczeń czynnościowych.

Jakkolwiek kiła układu nerwowego może rozpocząć się każdém prawie zboczeniem czynnościowém ze strony układu nerwowego, to wiemy wszakże, iż dzieje się to tylko wyjątkowo i że zazwyczaj pewne przypady pojawiają się wcześniéj, inne późniéj; owóż na te to wczesne przypady szczególniejszą należy zwracać zawsze uwagę i nie oglądając się na nic występować natychmiast przeciw nim jak najenergiczniéj.

2) Leczenie powinno prowadzić się energicznie przez cały czas trwania przypadów ze strony układu nerwowego odstępując od tego prawidła tylko wtedy, gdy chorzy leków dłużéj w żaden sposób znosić nie mogą i gdy zatrzymanie się choroby na pewnym stopniu przez czas dłuższy dowodzi, że zmiana chorobowa nie jest dostępną dalszéj terapii antysyfilitycznéj. Tyczy się to osobliwie przypadów dowodzących obniżenia czynności układu nerwowego, jak np. porażeń, afazyi, upośledzenia władz umysłowych, które nieraz stanowczo opierają się wszelkiemu leczeniu i pozostają niezmiennie na całe dalsze życie. W takich razach byłoby oczywiście wielkim błędem męczyć chorych dłużéj leczeniem przeciwkiłowém bez żadnego pożytku a nieraz może nawet z widoczną szkodą.

3) Leczyć należy chorego nie tylko wśród, ale nawet i po zupełném zniknieniu wszystkich przypadów ze strony układu nerwowego i to przez czas dłuższy, powtarzając opisaną kuracyją antysyfilityczną co kilka miesięcy i postępując w ten sposób przez lata, jeżeli chcemy być pewni stanowczego skutku. Ten aksyomat terapeutyczny opiera Fournier na zdradliwości choroby, tj. jéj skłonności uporczywéj do recydyw lub nowych a odmiennych wybuchów w tych nawet przypadkach, w których pod wpływem odpowiedniéj terapii wygasły wszelkie przypady na pozór i chorzy przez długie czasy, nieraz nawet całe lata, zupełném cieszyli się zdrowiem. Z własnego doświadczenia popieram całkowicie zdanie Fourniera i sądzę, że poprze je każdy, kto ma sposobność obserwować przez czas dłuższy chorych na kiłę układu nerwowego.

40. Leczenie przypadowe ma na celu wspierać główną terapią antysyfilityczną dla szybszego usunienia niektórych zboczeń, opiera się na ogólnych zasadach terapii chorób nerwowych i, lubo w wielu przypadkach znakomite oddaje usługi, jest zawsze przecież na drugim planie.

Do głównych środków pomocniczych, że się tak wyrazimy, w kile układu nerwowego należą: morfin i inne środki narkotyczne i usypiające, bromek potasu, elektryczność, woda zimna, kąpiele ciepłe mianowicie siarczane, odciągadła na skórę osobliwie wezykatoryje.

Morfin w postaci szczególniéj wstrzykiwań podskórnych oddaje znakomite usługi tam, gdzie chodzi o poskromienie gwałtownych bólów, zanim środki antysyfilityczne działać zaczną lub o uspokojenie zanadto rozdrażnionego chorego, jak się to dzieje osobliwie w niektórych zboczeniach psychicznych. Rozumie się samo przez się, iż morfinu tylko wtedy używać należy, gdy tego koniecznie potrzeba.

Chloral nadaje się przedewszystkiém tam, gdzie chodzi o sprowadzenie snu; w połączeniu z morfinem uspakaja nieraz znakomicie układ nerwowy.

Bromek potasu zasługuje na użycie tylko wtedy, gdy chodzi o obniżenie podwyższonéj czynności układu nerwowego osobliwie w sferze psychicznéj i motorycznéj. Trzeba tylko zapisywać ten środek w dawce znaczniejszéj. Bardzo dobrze połączyć go można z jodkiem potasu.

Elektryczność osobliwie w postaci prądu galwanicznego według prawideł umiejętnych użyta, nieraz prawdę mówiąc całkiem nieskuteczna, nie rzadko znakomite oddaje usługi szczególnie przeciw porażeniom, w czém na podstawie własnego doświadczenia nie możemy się zgodzić na zdanie Fourniera. Najskuteczniejszą okazała nam się elektryczność przeciw porażeniom nerwu twarzowego i nerwów mięśniów ocznych i znamy nie jeden przypadek, w którym najstaranniejsza terapia antysyfilityczna nie mogła chorych uwolnić od nieznośnego i przykrego widzenia podwójnego, gdy prąd galwaniczny kilkanaście tylko razy użyty prawidłowy wzrok przywrócił. Najpodobniéj do prawdy w takich przypadkach prąd galwaniczny działał korzystnie na zmiany następowe niesyfilityczne, przeciw którym środki antysyfilityczne nie wiele zdziałać mogą. Przeciwnie na zadawnione porażenia połowicze i elektryczność zazwyczaj okazuje się mało skuteczną.

Wodę zimną zachwala Fournier w formie epileptycznéj kiły. Osobiście nie widzieliśmy pomyślnych skutków z hydroterapii a Bäumler ogranicza hydroterapią do tych przypadków, w których skutkiem długiéj kuracyi antysyfilitycznéj i upadku ztąd odżywiania chodzi o rychlejsze przywrócenie sił.

Wody ciepłéj mianowicie w postaci cieplic rodzimych,

osobliwie siarczanych, oddawna używano przeciw późniejszym okresom kiły, a zatém i przeciw kile układu nerwowego. Czy siarce można rzeczywiście i jaką przypisać skuteczność w chorobie, o któréj mowa, rzecz jeszcze wątpliwa, chociaż nie mało lekarzy nader gorąco zaleca kąpiele siarczane ciepłe. Co do nas osobiście, to otwarcie wyznać musimy, iż w kile układu nerwowego widzieliśmy po kąpielach ciepłych skutki co najwięcéj tylko przelotne i nie moglibyśmy zalecać posyłania chorych osobliwie uboższych do odległych nieraz od naszego kraju miejsc kąpielowych.

Odciągadła na skórę mogłyby mieć jakieś znaczenie tylko w obec uporczywych bólów głowy.

Dyjeta w czasie leczenia kiły układu nerwowego ma z jednéj strony zapobiegać podupadnieniu odżywiania a zatém osobliwie u ludzi osłabionych ma być przeważnie posilną, toniczną, z drugiéj odpowiadać wymaganiom chorych organów; a zatém przedewszystkiém spokój umysłowy i fizyczny, uwolnienie się od wszelkich trosk i prac swego zawodu i stanowiska, unikanie wszelkich zbytków w jedzeniu i piciu, wstrzymanie się przynajmniéj do pewnego stopnia od spółkowania i w ogóle wszelkich drażnień pod względem erotycznym są niezbędnemi prawie warunkami pomyślnego skutku terapeutycznego.

II. Przyczynek do epidemiologii krajowéj.

Przypadki *Meningitis cerebrospinalis epidemica* we Lwowie obserwowane w r. 1879 i 1880 w szpitalu powszechnym w III oddz. chorób wewn.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**
prymaryjusza szpitala lwowskiego i lekarza ordynującego w IIIcim oddziale chorób wewn. tegoż.

D. 27 grudnia 1879 r. przybyły na mój oddział dwie chore, matka i córka. Niezwykły obraz kliniczny ich choroby uważałem w pierwszéj chwili za gościec ostry połączony u jednéj z zapaleniem błon mózgordzeniowych (gościec mózgowy Francuzów) u drugiéj z tężcem karkowym (*opisthotonus*). Przy rozbiorze pojedyńczych objawów przyszedłem wszelako do przekonania, że mam przed sobą dwa przypadki zapalenia błon mózgordzeniowych epidemicznego, co też następny dopływ podobnych przypadków i oględziny pośmiertne w zupełności potwierdziły.

Ruch chorych:

W r. 1879 w grudniu (dnia 27.) przybyło przypadków	2;
w r. 1880 w styczniu (w dniach 3, 19, 31)	3;
„ w lutym (dnia 13)	2;
„ w marcu (dnia 1)	1;
„ w czerwcu (dnia 13)	1;
„ w lipcu (dnia 7)	1.
Razem obserwowano dotąd przypadków	10.

Wynik leczenia. Z tych 10 chorych umarło 6, wyzdrowiało 3, pozostała w leczeniu 1.

Śmiertelność 66.6%.

Wiek chorych: 63 lat wieku licząca 1; 53 lat 1; 50 lat 1; 42 lat 1; 35 lat 1; 20 lat 2; 18 lat 1; 17 lat 1; 14 lat 1.

Zatrudnienie: Służące lub wyrobnice.

Czas pobytu w szpitalu u zmarłych: w kilka godzin zmarło 2 chorych; 1 w 3 dni; 1 w 5 dni; 1 w 24 dni; 1 w 127 dni.

Co do powrotu do zdrowia to nastał on w 1 przypadku w dniu 11; w 1 w 26 dniu; w 1 w dniu 46; 1 pozostaje jeszcze w leczeniu.

Grudzień, styczeń i luty dostarczył stosunkowo największéj liczby przypadków; w kwietniu i maju nie było żadnych; w czerwcu i lipcu po 1. Dwie chore, które zmarły w kilka godzin po przybyciu do oddziału, przybyły w stanie konania, nie były za życia badane, gdyż nie doczekały odwiedzin lekarskich.

Oględziny pośmiertne wykonywał kol. Feigel.

Historyje choroby w krótkości podane:

I. *Meningitis cerebrospinalis epidemica*; *polyarthritis*; *endocarditis*. Chora przybyła do szpitala z końcem drugiego tygodnia choroby, zmarła w 6 dniu leczenia; przebyła przeto 5 dni w szpitalu.

Teresa G., 53 lat licząca, budowy ciała prawidłowéj, niesilnéj, leży na wznak w łóżku wyciągnięta, prawie nieruchoma z rozwartemi powiekami, z wyrazem cierpienia na twarzy, na któréj występują drgawki pojedyńczych mięśni, wybitniejsze po stronie lewéj. Chora nieprzytomna majaczy, stęka i jęczy, poczém popada w śpiączkę. Majaczenie i śpiączka nastają naprzemian po sobie; podczas majaczeń głośnych występują drgawki w odnogach górnych, najwybitniejsze po stronie lewéj. Całe ciało znacznie wychudłe, co widać po licznych czczych zmarszczkach na szyi, na brzuchu. Źrenice obydwie ściągnięte i w cieniu prawie nieruchome, spojówki obu gałek ocznych czerwone, naczyńka nastrzykane, na lewém oku więcéj; rogówki mętne, więcéj rogówka lewa. *Herpes* obfity około ust i skrzydeł nosowych, obfitszy jednak po stronie lewéj. Stawy napięstkowe widocznie obrzękłe. Przy każdém poruszeniu choréj biernêm, łagodném, odzywają się jęki i stękanie głębokie, ściąganie twarzy boleść wyrażające i niepokój ruchowy z drżeniem odnóg górnych, głównie lewéj. Nawet samo dotknięcie silniejsze, złożenie fałdu skóry, uciśnienie lekkie stawów lub mięśni wywołuje oddziaływanie głosowe i ruchowe, bolesne. Wszelako objawy boleści stają się najgwałtowniejszemi, gdy usiłujemy podnieść głowę choréj zagłębioną w poduszce, przy czém napotykamy na znaczny opór z powodu stężenia karku, a przy dalszém dźwiganiu tułowia choréj ku postaci siedzącéj czujemy wybitne stężenie stosu kręgowego, osobliwie w części lędźwiowéj. Przeginanie głowy naprzód i w tył jest niemożliwe, tudzież posadzenie choréj. Obrót ciała około osi podłużnéj w łóżku wywołuje także objawy gwałtownéj boleści. Szczękościsku nie ma, chora dobrze połyka płyny, sama nie dźwiga się w łóżku, w niém więc oddaje mocz i kał. Ruchy oddechowe powolne, płytkie, przerywane westchnieniami i jęczeniem podczas chwili majaczeń. Fizyczne badanie płuc daje wynik ujemny. Stłumienie nad sercem mało co zwiększone, uderzenie koniuszka słabe, fala uderzenia niska, rozlana, nad koniuszkiem szmer skurczowy; tony słabe; tętno miękkie, cienkie, niskie i powolne; ciepłota mało co nad 38° podniesiona. Przy oglądaniu, obmacaniu i wypuku znajdujemy brzuch miernie wzdęty, bolesny przy dotyku. Śledziona i wątroba bardzo mało powiększone, język suchy, obłożony, cienki, po brzegach odciski od zębów.

Obrzęk stawów, szmer skurczowy nad koniuszkiem sercowym przemawiał za gośćcem ostrym. Śpiączka i majaczenie, sztywność stosu kręgowego, bolesność obwodowa, bezwiedne i mimowolne oddawanie moczu i stolca, nakoniec zapalenie rogówek i liszaj świadczyły o zapaleniu rozlaném błon mózgowych i rdzeniowych. Wzdęcie brzucha nieznaczne,

ale przecież istniejące, powiększenie śledziony, mogło było nasunąć myśl, iż mamy do czynienia z durem brzusznym. Wszelako tak wybitny obraz zapalenia opon mózgordzeniowych i brak gorączki wyższéj, nakoniec sam *herpes* obfity około ust i nosa nie zgadzały się z obrazem duru. Pozostało więc zapalenie stawów, śródsierdzia i zapalenie błon mózgordzeniowych, co mi się zdawało być w pierwszéj chwili niezwykłą i ciężką postacią gośćca, w którym lekarze przeważnie francuscy spostrzegali czasem zapalenie błon mózgordzeniowych. W przypuszczeniu charakteru gośćcowego téj choroby zaleciłem podawanie choréj co godzina 1,00 *Acid. salicyl.*, okłady lodowe wzdłuż stosu kręgowego i na głowę, pokrzepianie mlekiem, winną polewką, rosołem z jajami. Wszelako dnia następnego (28 grudnia) najmniejszéj nie zastałem zmiany w obrazie choroby, owszem wszystkie objawy jéj pozostały. Zbadawszy zaś córkę téj choréj i rozebrawszy objawy, jak zobaczymy poniżéj, zmieniłem moje przypuszczenie co do charakteru téj choroby, który raczéj przedstawił mi się jako pierwsze zapowiedzi epidemicznego zapalenia błon mózgordzeniowych. Zmieniło się téż rokowanie i leczenie, które na dalszy przebieg choroby nie wywarło żadnego skutku. Chora popadała z dnia na dzień w głębszą śpiączkę, wzmagała się sztywność drewniana stosu kręgowego, *panophthalmitis*, zropienie rogówek i rozpad, zapad naczyniowy i śmierć nastała 1 stycznia 1880. Oględziny pośmiertne wykazały ropiasto-włókienkowo-surowicze zapalenie rozlane błon mózgordzeniowych, zapalenie śródsierdzia ujścia żylnego lewego, nacieki ropiasto-surowicze stawów napięstkowych.

II. *Meningitis cerebrospinalis (epidemica) subseq. otitide interna.* Wyzdrowienie z głuchotą. Chora przybyła 27 grudnia 1879 w drugim tygodniu choroby. Wyszła ze spitala 3 lutego 1880 w 36tym dniu leczenia.

Maryja G., 14-letnia córka poprzedniéj, zachorowała nagle. Budowy ciała silnéj, dobrze odżywiona; na pierwszy rzut oka uderza stałe i silne zagięcie głowy w tył między łopatki, tworzące kąt prosty. Z powodu tak gwałtownego zgięcia oddychanie i połykanie utrudnione. Wyraz twarzy i ócz inteligentny, energiczny. Liszaj około ust, błona śluzowa podniebienia i gardła zaczerwieniona. Bolesność skóry i mięśni odnóg górnych, wysoka bolesność przy ruchach biernych karku, część lędźwiowa stosu kręgowego ruchoma bez bólu. Chora sama powstaje z łóżka, chodzi prawidłowo z głową na plecy zarzuconą, nieruchomą. Chora wcale nie słyszy na oba uszy, stara się wyrozumieć pytania z poruszeń ust mówiącego, z jego min i giestów. W przewodach słuchowych zewnętrznych nie można dostrzedz żadnych zmian. Innych objawów tężcowych nie ma, nie ma szczękościsku. Badanie fizyczne narządów klatki piersiowéj i jamy brzusznéj nie wykazuje żadnych zboczeń. Ciepłota podwyższona rano 39° i kilka dziesiętnych, wieczór dochodzi do 40° C. Tętno cienkie, miękkie, niskie, około 100.

Najwybitniejszemi objawami, jakie przy zbadaniu choréj spostrzeżono, były: wyciągnięcie nieruchome głowy w tył, połączone oczywiście ze sztywnością karku, bóle obwodowe, gorączka i nareszcie *herpes labialis*, tudzież głuchota obustronna. Mniemając w pierwszéj chwili, że gościec przybrał u matki tak niezwykłą i wyjątkową postać, łatwo mi było przypuścić, że tężec mięśni karkowych u córki, podobnież od gośćca pochodzi. Wszelako brak szczękościsku, głuchota, wyższa gorączka, liszaj, skurcz mięśni karkowych powierzchownych, nie zgadzały się z obrazem klinicznym. Pozostało więc tylko zapalenie błon mózgordzeniowych, do którego odnieść należało objawy kliniczne wyżéj skreślone.

Dwa przypadki tego zapalenia, które razem pojawiły się u matki i córki bez powodów traumatycznych, lub innéj choroby pierwéj istniejącéj, wskazywały początek epidemiczny choroby w mowie będącéj, a którą dotąd znałem tylko z opisu.

W dalszym przebiegu choroby u Maryi G. gorączka trwała przez dni 15, była ciągła, z pogorszeniem wieczornem; mianowicie rano dochodziła od 38° do 39° C., wieczorem od 39° do 40° C., do maximum tego dochodziła tylko przez dwa dni. Podczas nasilenia gorączki bolesność karku i bolesność obwodowa oraz sztywność karku w tył zgiętego wzmagały się, wystąpiło téż majaczenie; 11 stycznia zaś nastąpił zwrot ku wyzdrowieniu, gorączka spadła, bolesność naprzód a potém stężenie karku ustępowały stopniowo, twarz choréj nabrała wesołego wejrzenia, apetyt powrócił w całéj pełni, pozostała tylko głuchota zupełna, z którą opuściła szpital 3 lutego rb.

W parę miesięcy późniéj widziałem ją jako pacyjentkę oddziału II i spostrzegłem u niéj przy dobrém wyglądaniu znaczny *ascites.* Domyślam się, że w systemie żył brzusznych lub wątrobowych zaszła bezdrożność i przeszkoda w krążeniu. Głuchota jéj była zawsze jeszcze zupełną.

III. *Meningitis cerebrospinalis; pericarditis; bronchopneumonia et phthisis pulmonis dextri in stadio reconvalescentiae.* Chora przybyła 4 stycznia rb. w 3 dniu choroby, była w szpitalu dni 127; umarła 9 maja rb.

Maryja C., wyrobnica, lat 43 licząca, zachorowała trzy dni przed przybyciem do szpitala na ciągły i silny ból głowy oraz ból krzyżów. Budowy ciała słabéj, źle odżywiona, skóra ciemno-szara; czaszka mała; kark sztywny przy poruszeniach biernych i bolesny, skinienia głową niemożliwe, niepokój mięśniowy, rzucawki, bolesność skóry i mięśni, chwilowe majaczenia w mowie i w czynnościach. Fizyczne badanie płuc daje wynik zupełnie ujemny. Stłumienie nad sercem powiększone w obydwu wymiarach, uderzenia koniuszka sercowego niewymacalne, tonu skurczowego nie słychać wyraźnie, ton rozkurczowy słaby, pomiędzy obydwoma tonami przypada tarcie i skrobanie niezależne od ruchów oddechowych. Tętno drobne, nikłe, gorączka ciągła mała (rano 38° do 38·5° C., wieczorem *maximum* 39° C.). Brzuch miechowato wciągnięty, bolesny. 6 stycznia gorączka rano większa o $\frac{1}{2}$°, bolesność i sztywność całego stosu kręgowego, źrenice ściągnięte, ból głowy, majaczenia częste i dłuższe; dopiero w końcu lutego sztywność karku, bolesność obwodowa, niepokój mięśniowy, majaczenia i gorączka ustały. Pozostałe charłactwo utrzymywało się uporczywie mimo użycia wszelkich podniet, pobudzania inerwacyi i dobrego żywienia. Umysł choréj osłabł, (zdziecinnienie, pamięć niezupełna), chora błądziła po sali, nie mogła chodzić bez zataczania się, upadania. W marcu wystąpiło stłumienie nad szczytem płuca prawego, nieżyt oskrzelowy, późniéj rozwolnienie, które jeszcze bardziéj chorą osłabiło. W dalszym przebiegu postępowały objawy choroby płuc, rozwolnienie ustało, upadek odnowy ogólnéj istniał ciągle. W tym stanie pozostawiłem chorą wyjeżdżając, za powrotom zastałem o niéj następującą tylko notatkę w protokóle sekcyjnym: *Tuberculosis et phthisis pulmonis dextri, oedema pulmonis sinistri, catarrhus gastro-intestinalis, steatosis hepatis, lienis et renum.* Chora umarła 9 maja rb.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

O zastósowaniu kwasorodku dwuazotu *(NO)* do znieczulenia chirurgicznego.

Sprawozdanie Dra Kwaśnickiego.

Kwasorodek dwuazotu, czyli jak go dawniéj nazywano niedokwasek azotu, należy do połączeń chemicznych, znanych już Priestleyowi (1776) i Davyemu (1800). Ten ostatni badacz oddychając kilka chwil gazem kwasorodku dwuazotu uległ zaburzeniom w zakresie mózgowo-rdzeniowym, ich charakter stał się powodem niewłaściwéj nazwy „gazu rozweselającego“, którą ochrzczono kwasorodek dwuazotu; powiedziałem „nazwy niewłaściwéj“, gdyż liczne doświadczenia a szczególnie nowa próba, którą z miłości dla nauki dokonał petersburski lekarz Tauber, poddając się znieczuleniu kwasorodkiem dwuazotu w klinice Péana w Paryżu, przekonały dosadnie, że gaz, o którym mówimy, wywołuje myśli i obrazy, które nietylko żadną miarą do wesołych nie należą, ale przeciwnie uczucie smutne, pognębiające, niemal rozpaczliwe opanowuje chwilowo znieczulonego.

Wdychiwany w stanie czystym kwasorodek dwuazotu sprowadza znieczulenie ogólne, i stałby się on dzielnym środkiem leczniczym, gdyby oddychanie nim nie sprowadzało zamartwicy (*asphyxia*), i dla téj ujemnéj własności kwasorodek dwuazotu może być użytym tylko przy operacyjach krótkotrwających. H. Wells, dentysta amerykański, posługiwał się nim już w r. 1844 przy wyrywaniu zębów, i od tego czasu użycie kwasorodku dwuazotu tak się rozpowszechniło w praktyce dentystycznéj, że ilość operacyj dokonanych pod znieczuleniem kwasorodkiem dwuazotu dziś liczymy na krocie; sam Colton w Bostonie ogłosił 103,000 przypadków, a rzecz godna wszelkiéj uwagi, że dentyści nie spostrzegali ani jednego przypadku złych następstw, które do użycia tego środka znieczulającego odnieśćby należało. Statystyka powyższa tak korzystnie różni się od statystyki znieczulenia chloroformem, że powinna zachęcić chirurgów do powszechnego stósowania kwasorodku dwuazotu, co jednakże wtenczas tylko stać się może, jeśli znajdzie się sposób uczynienia kwasorodku dwuazotu nieszkodliwym dla utleniania krwi. Próbowano dodawać do kwasorodku dwuazotu tlen w celu uczynienia go nieszkodliwym dla oddechania, lecz w téj mieszaninie utraca on własności znieczulające. Chirurdzy amerykańscy posługują się kwasorodkiem dwuazotu i przy operacyjach dłużéj trwających, poruczając osobnemu pomocnikowi czuwanie nad operowanym, a jeśli występują objawy zamartwicy, zawieszają znieczulanie; po chwili chory odzyskuje świadomość, operator zatrzymuje się z rozpoczętą operacyją. Chorego ponownie poddają znieczuleniu itd.; wszelkie korzyści znieczulania kwasorodkiem dwuazotu nie zrównoważą niedogodności téj metody. W Anglii próbowano znieczulać chorego kwasorodkiem dwuazotu, a następnie przedłużano znieczulenie lotnikiem z domieszką powietrza w pewnéj stałéj ilości; metoda ta wymaga wielkiéj ostrożności, gdyż mięszanina kwasorodku dwuazotu z parami lotnika jest wybuchającą, powtóre ujemne strony znieczulania lotnikiem pozostają w całości.

Profesor Bert zadał sobie pytanie, czy niedałoby się nie ujmując własności znieczulających kwasorodkowi dwuazotu uczynić go nieszkodliwym dla oddychania?

Czyniąc swe poszukiwania B. przekonał się; że znieczulając zwierzę kwasorodkiem dwuazotu, w chwili gdy znieczulenie już jest zupełne, 100 objętości krwi tętniczéj zwierzęcia zawiera 45 objętości kwasorodku dwuazotu; zatém dostarczając na 100 objętości krwi 45 objętości kwasorodku dwuazotu, wywołamy napewne znieczulenie; z drugiéj strony jeśli zawrzemy w balonie czysty kwasorodek dwuazotu przy zwykłém ciśnieniu atmosfery, to gaz znieczulający zachowuje pewien stopień prężności, który oznaczmy liczbą 100; jeśli zaś balon z gazem umieścimy pod dzwonem, w którym ciśnienie równa się 2 atmosferom, prężność gazu w balonie również się podwoi i wynosić będzie 200; jeśli jednak użyjemy nieczystego kwasorodku dwuazotu, (t. j. 100 na 100), lecz tylko połowę tego gazu (t. j. 50%), to i prężność jego w balonie zmniejszy się o połowę, t. j. równać się będzie 100, i ilość gazu rozweselającego będzie istotnie taką, jaka jest potrzebną do wywołania znieczulenia, a ponieważ użyliśmy 50% tego gazu, pozostaje więc miejsce na 50%, które może być wypełnione innym gazem potrzebnym do oddechania (tlenem), i w tych warunkach znieczulenie można przedłużać czas znaczny bez wszelkiéj obawy dla życia operowanego. Liczby powyższe zostały obrane dowolnie dla lepszego wyjaśnienia rzeczy, i nie należy je uważać jako wyrażające zasadniczy stosunek kwasorodku dwuazotu do tlenu, niezbędny do wywołania znieczulenia, gdyż tlen byłby w nadmiarze, skoro powietrze zawiera go 21%, pozostaje więc oznaczyć stósunek rzeczonych gazów i na jakie ciśnienie należy je wystawić, ażeby prężność kwasorodku dwuazotu wynosiła 100, tj. ażeby krew człowieka oddechającego tą mięszaniną gazową pozyskała na 100 objętości 45 objętości kwasorodku dwuazotu. Jeśli przypuścimy, że balon zawierać będzie mięszaninę z 85 objętości *NO* i 15 czystego tlenu złożoną, to zachodzi pytanie, jakiego należy użyć ciśnienia, ażeby prężność 85 objętości *NO* wynosiła 100?

Zrównanie: 85 *(NO)* znajduje się pod ciśnieniem 76 cm.
to 100 x

$$x : 76 = 100 : 85 \text{ czyli } x = \frac{76 \times 100}{85} = 89{,}5$$

Zatém trzeba użyć ciśnienia atmosferycznego, równego 89,5 cm., ażeby 85 objętości *NO* miały prężność 100, t. j. ażeby ciśnienie jednéj atmosfery zwiększyć o 13,5 cm.

Gdy więc teoretycznie sprawa stósowania kwasorodku dwuazotu w chirurgii przez Berta rozstrzygniętą została, pozostało mu wynalezienie dla niéj sposobów praktycznego wprowadzenia w życie, tém więcéj, że jak to przewidzieć łatwo można było, trudności techniczne nie będą wielkie. Bert użył obszernego dzwonu, na wzór dzwonów używanych przez aeroterapeutów; wytrzymałość ścian przyrządu winna być przynajmniéj tak znaczną, ażeby one wytrzymały ciśnienie 14 cm. po nad ciśnienie jednéj atmosfery; przyrząd do zwiększania ciśnienia atmosferycznego w dzwonie znajduje się w bezpośredniém z nim połączeniu. Dzwon winien mieć takie rozmiary, ażeby pomieścił stół operacyjny, operatora, jego pomocników, a wreszcie operowanego, któremu do ust przykłada się otwór balonu, napełnionego mieszaniną gazów *NO* i *O*. Od kilku miesięcy dzwon taki umieszczony jest w sali operacyjnéj Dra Péana w Paryżu, który uskutecznia wszystkie operacyje większe przy znieczuleniu kwasorodkiem dwuazotu, a do téj pory tak operowani, jak operujący, którzy również muszą przebywać w dzwonie pod większém ciśnieniem, nie dostrzegli żadnych ujemnych stron tego nowego sposobu znieczulania.

Teraz przychodzi koléj odpowiedzieć na zapytanie,

które uczyni każdy praktyczny lekarz, jakie są korzyści lecznicze znieczulania kwasorodkiem dwuazotu, na czém polega jego wyższość nad chloroformem?

Przedstawimy w krótkich słowach korzyści a następnie niekorzyści tej nowej metody znieczulania.

Kwasorodek dwuazotu nie wywołuje u znieczulonego okresu podniecenia, tak przykrego przy chloroformowaniu, a tak niebezpiecznego przy eteryzowaniu; wywołując rezolucyję zupełną, kwasorodek dwuazotu daje chirurgowi pewność, że nie powstaną groźne objawy zamartwicy, a przez to nie rozrywa jego uwagi, nie przerywa mu rozpoczętego rękoczynu. Zaledwo usunie się z przed ust operowanego balon wypełniony mięszaniną *NO* i *O*, przychodzi on prawie bezzwłocznie do przytomności i świadomości, nie doświadczając tego zamętu w głowie, wymiotów itd., które u chloroformowanych trwają czasem kilka godzin, a bywały przypadki, że i kilka dni. Nic trudniejszego nad ścisłe dozowanie chloroformu, który ulatnia się nie z jednaką zawsze siłą, co zależy od ciepłoty otaczającéj, oraz od stopnia nasycenia parami jego sali operacyjnéj itd.; niedogodność ta nie ma miejsca przy użyciu *NO*, którym chory oddycha w równéj mierze dopóty, dopóki trwa czynność chirurga. Chloroform, lotniki i w ogóle wszystkie węgleki i chlorowęgleki wodu nie zachowują się obojętnie względem tkanin ustroju, a szczególnie względem układu mózgowo-nerwowego, kombinując się z tłuszczem tych tkanin, i dla tego powrót do świadomości znieczulonego jest tak powolny. Kwasorodek dwuazotu nie łączy się z żadnym pierwiastkiem ustroju: nagromadzony w surowicy krwi ulatnia się on z ustroju przy pierwszym dostępie powietrza; lecz największa wyższość kwasorodku dwuazotu polega na jego nieszkodliwości dla ustroju ludzkiego.

A teraz zobaczmy odwrotną stronę medalu, i zastanówmy się nad niekorzyściami nowego środka znieczulającego. Nie zawsze i nie wszędzie znaleźć można dzwon blaszany, o którym wyżéj była mowa, i dla tego chirurgija polowa nie będzie mogła korzystać z wynalazku Berta dla saméj już trudności przewożenia dzwonu; nowa metoda rozpowszechni się głównie po wielkich miastach, po szpitalach, gdzie znajdujące się maszyny parowe ułatwią sposób zwiększenia ciśnienia atmosferycznego w dzwonie; urządzenie dzwonów przenośnych, w celu używania ich przy operacyjach odbywanych w mieszkaniu chorego, nie przedstawia żadnych trudności technicznych.

Z tego porównania korzyści i niekorzyści stósowania kwasorodku dwuazotu do znieczulenia chirurgicznego czytelnik niewątpliwie oceni przewagę pierwszych nad ostatniemi, a to jedno wystarczy, ażeby dziś już przepowiedzieć można było, że kwasorodek dwuazotu wyruguje chloroform w tych wszystkich okolicznościach, gdzie zastósowaniu jego nie staną na przeszkodzie trudności odnoszące się do mechaniki przyrządu. (*Le Progrés Médical* Nr. 9).

Wiadomości pomniejsze.

(y) Tran bez smaku. Dr. Pantévés zaleca zmięszanie jak najdokładniejsze jednéj łyżki stołowéj tranu z jedném żółtkiem i dziesięcioma kroplami *Spiritus menthae* a następnie z połową szklanki wody i cukru tak, aby powstała zawiesina. W ten sposób znika smak i zapach tranu a chorzy zażywają go bez wstrętu. Tran tak przyrządzony może się mięszać z wodą w każdym stosunku i jest taką samą zawiesiną jak tłuszcze w chwili dostawania się do naczyń chłonnych; wessanie jego zatém jest zapewnione. (*France médicale.* 1880. 68).

(y) Leczenie ozeny. W. Pugin-Thorton, operator w Marylebone, używa z bardzo dobrym skutkiem pulweryzowań nosa następującym płynem:

Rp. *Natri carbonici 3·54*
Natri bicarbonici 3·54
Liquor. de Labarraque 1·80
Glycerini 90·00....
Aq. fontis. (*France médicale.* 1880. 72.)

(y) Leczenie niestrawności chloroformem. W niestrawności tego rodzaju, że kiśnienie pokarmów łączy się z szybkiém wywiązywaniem się gazów po jedzeniu, nie działa według Willsa nic tak skutecznie jak chloroform w ilości 15 do 20 kropel we wodzie ocukrzonéj. Po kilku minutach gazy wychodzą z żołądka a kiśnienie zostaje wstrzymane. (*France médicale.* 1880. 72).

(y) Leczenie rzeżączki (*blennorrhagie*). Dr. John G. Trevilian z Richmond (*The Southern Clinic*) bardzo dobre otrzymywał wyniki z używania następnéj mięszaniny, podczas gdy wszystkie inne sposoby leczenia zawodziły:

Rp. *Sulfat. chinini 1·50*
Acidi sulfurici q. s.
Aq. font. destill.
Glycerini puri āā 64·00

Kwas siarkowy nie jest niezbędnym, gdyż i bez niego skuteczność tego leku nie jest mniejszą. (*France médicale.* 1880. 74).

(y) Objawem zwiastunowym mocznicy (*uraemia*), dotąd przez nikogo nie uważanym, jest według Dra Ortillea z Lille zniknięcie nagłe i zupełne boleści (*analgesia completa*), jak to spostrzegł w dwóch przypadkach raka macicy z uciśnięciem moczowodów. (*France médicale.* 1880. 73).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lek. galic.

Posiedzenie IX z dnia 6go grudnia 1879.

Przewodniczący: Kol. Głowacki. Obecnych członków 22.

1) Odczytany protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto bez zmiany.

2) Kol. Longchamps Br. przedstawił dziewczynę operowaną z powodu chrząstniaków znajdujących się na palcach obu rąk. Narośle odcięto od ich podstawy a zajęte kości wyłuszczono lub odpiłowano. Pięć tygodni zastósowanego opatrunku Listera wystarczyły do zupełnego wygojenia. Ciekawe odlewy gipsowe tych obrzęków palcowych okazał przedstawiający Zgromadzeniu.

3) W sprawie urządzenia balu na korzyść funduszu wdów i sierót po dłuższéj dyskusyi większość oświadczyła się za zaniechaniem balu w nadchodzącym karnawale.

4) Kol. Laskiewicz okazał Zgromadzeniu kilka mózgów zmienionych patologicznie wskutek chorób umysłowych a w szczególności mózg kobiety z powierzchownemi bliznami, opisał objawy chorobowe, rozpoznając u niéj chorobę umysłowo porażenną z objawami pomięszania umysłu, z omamami i następowém niedołęztwem.

W dyskusyi nad tym przedmiotem podnosi kol. Widmann częste występowanie takich zmian na powierzchni mózgu, które są torbielami powstałemi w skutek wynaczynionek po *pachymeningitis interna haemorrhagica* w miażdżycowém przeistoczeniu naczyń.

5) Kol. Chądzyński odczytał rzecz: o leczeniu niektórych chorób skórnych, a w szczególności przytoczył doświadczenia co do korzystnego działania kwasu pyrogalusowego, (przyswędko-

dębiankowego), będźwinianu sodowego i chlorku potasu, zastósowanych w chorobach skórnych. (Odczyt był umieszczonym w Przeglądzie Lekarskim).

Kol. Krówczyński namienia ze względu na powyższy odczyt, iż kwas pyrogalusowy traci zwolenników od czasu, kiedy się przekonano, że zastósowanie jego na rozległą powierzchnię ciała może wywołać otrucie w skutek wessania. Wspomina daléj o doświadczeniach pewnego lekarza, który mając po tym środku dwa przypadki śmierci, wcierał zwierzętom w większą część powierzchni skóry maść pyrogalusową, co utwierdziło go w przekonaniu, że trujące działanie tego środka przez skórę jest bardzo wielkie. Dr. Skobel z Krakowa także zwrócił na to uwagę.

Prelegent zapewnia, że w doświadczeniach na tutejszym oddziale skórnym kobiecym w obec należytéj ostrożności nic podobnego nie dostrzegł.

Dr. Apolinary Tarnawski,
Sekretarz.

Posiedzenie X z dnia 20go grudnia 1879.

Przewodniczący Kol. Głowacki. Członków obecnych 19.

1) Odczytany protokół z przeszłego posiedzenia przyjęto,

2) Kol. Przewodniczący chcąc uczcić pamięć niedawno zgasłego członka Towarzystwa Dra Augusta Noskiewicza, wspomina o téj nieodżałowanéj stracie a podnosząc wielkie zasługi zmarłego kolegi, wymienia z pomiędzy wielu, iż on właśnie był jednym z założycieli Towarzystwa, że temuż Towarzystwu kilkakrotnie przewodniczył, że za swego przewodnictwa Zjazd lekarzy i przyrodników do skutku przyprowadził. Przypominając daléj Zgromadzeniu, jak nieskazitelna zacność zmarłego jednała mu wszędzie przyjaciół, jak wytrwałość i stanowczość jego stawiała go na stanowisku rzecznika kolegów i Towarzystwa, uwydatnia lukę, nie dającą się tak łatwo w Towarzystwie zapełnić. Wreszcie tłumacząc uczucia całego Towarzystwa oddaje: „Cześć jego pamięci“ a Zgromadzenie przez powstanie wtóruje słowom Przewodniczącego.

3) Na wniosek kol. Pawlikowskiego porucza Zgromadzenie biuru, ażeby w celu okazania współczucia pozostałéj wdowie, zajęło się wystósowaniem do niéj adresu kondolencyjnego z podpisami kolegów.

Adres taki biuro wręczyło wdowie.

4) Kol. Tarnawski opisał przypadek: „Zatoru tętnicy ramieniowéj prawéj“ jak następuje:

„Rzecz, o któréj mówić zamierzam, jest rzadkością anatomiczną, zasługuje tedy na opisanie a nadto, ponieważ w chwili powstania ją obserwowałem, jest zajmującą i dla klinicysty z powodu objawów, jakie się przedstawiały.

U choréj A. W. czterdziestoletniéj kobiety przebywającéj na wewn. oddziale tutejszego szpit. z przyczyny zapalenia płuca prawego już drugi tydzień w okresie wzrastania istniejącego, wystąpiły nagle w prawéj ręce dolegliwości, które były dla niéj nie do wytrzymania. Pieczenie z bólem, trętwienie całéj odnogi, cierpnięcie palców, oto objawy, na które chora nagle żalić się poczęła. Że były one rzeczywiście nadzwyczaj przykre, dowodził fakt, że chora wiła się na łóżku z bólów i jęcząc prosiła koniecznie, ażeby uciąć jéj rękę. Macając chorą za puls zdziwiłem się, gdy go ani na sprychowéj ani na łokciowéj tętnicy nie znalazłem, podczas gdy na lewéj ręce uderzało tętno dosyć silnie. Pierwszą mą myślą było, iż musiała zajść jakaś przeszkoda w tętnicy téj odnogi, czy jednak ucisnięcie jéj, lub téż zator, to miało wykryć badanie. Znalazłszy tętnicę obojczykową bijącą, wykluczyłem ucisnięcie, a idąc dalej ku pasze wymacałem tętnicę tak silnie tętniącą, jak w podwiązaniu tętnicy w pniu od serca. W dalszym kierunku jednak, t. j. w początku tętnicy ramieniowéj, tętno coraz bardziéj się zmniejszało, aż w rozległości trzech cm. znikło. Było tedy zupełnie widocznem, że właśnie w tém miejscu zaszła przeszkoda w krążeniu. Badanie serca wykryło szmery w miejsce pierwszych tonów nad komórkami i nad tętnicami a drugie tony zaostrzone; to téż rzecz przedstawiła się jako zator z powodu zmian chorobowych śródsierdzia lub tętnicy głównéj. Dziwnem jednakowoż było, dla czego właśnie ta a nie inna tętnica, jak śledzionowa, nerkowa lub która z mózgowych, została zaczopowaną. Objawy powyżéj wspomniane nie ustępowały przez dzień cały, odnoga zaś była i chłodna jak po wyciśnięciu krwi za pomocą opaski Esmarcha, a dolegliwości w niéj także podobne, jak po zastósowaniu téj elastycznéj opaski. Zaleciwszy na rękę ciepłe okłady, przekonałem się na drugi dzień, że tętno w tętnicy ramieniowéj o mało co posunęło się niżéj, a dolegliwości jeszcze były nieznośne. Wreszcie doszło tętno tylko do zgięcia łokciowego, poniżéj jednak nigdzie go wymacać nie było można. W kilka dni po tém ręka się ociepliła i jako tako się odżywiała, musiało tedy powstać uboczne krążenie za pośrednictwem tętnic bocznych łokciowych i tętnicy śródkostnéj. Było ono jednak bardzo liche, gdyż i ruch w mięśniach był upośledzony a czucie także zmniejszone, skóra zaś się pomarszczyła i wyschła. Wspomniane bóle i dolegliwości dopiero po niejakim czasie się zmniejszyły. Zapalenie płuc przeszło w naciek serowaty, z którym chora wyszła ze szpitalu. Po kilku miesiącach przybyła z powodu choroby płucnéj na nowo do szpitalu i tamże umarła. Oględziny zwłok stwierdziły rozpoznanie. Tętnica wspomniana już od zgięcia łokciowego była zanikłą; w sercu zaś powyżéj zastawek tętnicy głównéj znajdowały się stare skrzepy włóknikowe, przyczepione do ścian owrzodziałych po miażdżycowém przeistoczeniu“.

Dr. Apolinary Tarnawski,
Sekretarz.

Sprawozdanie Komisyi wybranéj z łona Sekcyi lwowskiéj Towarzystwa lekarzy galic. dla rozpatrzenia wniosków mających na celu usunięcie nadużyć z receptami.

Żądanie, by na każdą receptę tylko raz jeden wolno było wydać lekarstwo z apteki, uznaje Komisyja jako niewykonalne, zbyt utrudniające pomoc lekarską, a zatém nie odpowiadające celowi.

Natomiast zaleca Komisyja najusilniéj przyjęcie tego wniosku, by receptę, zawierającą jeden lub więcéj leków oznaczonych w rządowym cenniku krzyżykiem, tylko raz jeden wolno było ekspedyjować; jednak może lekarz, pisząc receptę, wymienić, ile razy ma być ekspedycyja powtórzoną.

Wydawanie lekarstw na wszelkiego rodzaju odpisy recept, bez względu, jakie leki wchodzą w ten przepis, jest wzbronionem, toż samo kopijowanie recept w aptece. Jedynie na żądanie lekarza ordynującego może aptekarz wydać stronie odpis dawniejszych recept tegoż lekarza. Każdy lekarz obowiązany jest używać w swéj praktyce recept z nagłówkiem, zawierającym jego imię i nazwisko oraz kwalifikacyję (ściśle według dyplomu), powinien zawsze podać datę przepisu oraz nazwisko chorego, dla którego lek przeznaczony, tylko w razach nagłych może od tego odstąpić.

Aptekarz obowiązanym jest odmówić wydania lekarstwa, gdy recepta nie jest według przepisu wystawioną, nadto obowiązanym jest zaopatrzyć każdą wyekspedyjowaną receptę powyżéj jéj tekstu stampiliją, datą i nazwiskiem ekspedyjenta.

Przekroczenia podlegają karze pieniężnéj, względnie ustawie karnéj.

Członkowie Komisyi:
Dr. Bylicki, *Dr. Merunowicz,* *Dr. Zuliński.*
Lwów dnia 28 Września 1880.

V. Pięćdziesiąty trzeci Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Gdańsku w r. 1880.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

Dr. Warschauer w wykładzie swym o ospie wykazuje, że już Tomasz Sydenham w dziele swojém: „*Opera omnia Londini 1705*“, podaje klasyczny opis tak ospy prawidłowéj (w rozdziale zatytułowanym *variolae regulares anni 67, 68 et partim 69*), jak i nieprawidłowéj (w rozdziale *variolae anomalae annor. 1670, 71, 72, 74 et 75*) i wspomina już o bólu lędźwiowym, jaki się zwykł objawiać w porze zwiastunów w ospie zlewającéj się, nadto podaje, że w ospie tejże postaci u dorosłych bywa ślinotok przybierający nieraz znaczne rozmiary, u dzieci zaś widywał obfitą i silną biegunkę, dwa te pojawy uważał téż za przesilne. W nowszych czasach ślinotok bardzo rzadko się pojawia, mowca w kilku

epidemijach, które obserwował, widział zaledwie dwa przypadki ślinotoku, jeden w ospie łagodnéj, drugi w czasie ospy zlewającéj się u kobiety 40-letniéj, która zmarła, gdy nastało powikłanie z miąższowém zapaleniem nerek.

Również i rozwolnienie przesilne, o którym Sydenham wspomina, nie zwykło się wydarzać u dzieci, owszem z początku przy ospie bywa zapieczenie stolca, mowca przeto sądzi, że ospa tak jak i inne choroby pospólne często odmiennie przebiega, a zmienność przebiegu zawisła od cechy panujących chorób (*genius epidemicus morborum*). Lecz nie tylko opis choroby w dziele Sydenhama jest wzorowy, ale i co do leczenia daje on trzeźwe wskazówki, mianowicie potępia wymuszenie potów jako szkodliwe, nadto radzi, aby chory w pierwszych dniach choroby ile możności się przechadzał, w żadnym zaś razie aby nie leżał w łóżku, i aby się nie przykrywał pierzyną; w osłabieniu używa rozmaitego gatunku win: wino malaga, kanaryjskie, falernejskie.

Wreszcie Dr. W. mówi o ostatniéj epidemii ospy, która poczęła się ku schyłkowi roku zeszłego, podaje śmiertelność na ospę, polegając na wykazach statystycznych bióra statystycznego przy Magistracie m. Krakowa ustanowionego, a będącego pod kierunkiem fizyka miejskiego Dra Buszka, wykazuje korzyści jakie szczepienie sprawia, że śmiertelność między mieszkańcami wyznania izraelickiego na ospę jest o 3% mniejsza, niż wśród ludności chrześcijańskiéj; co jedynie szczepieniu przypisać należy, które niższa klasa mieszkańców Krakowa mimo perswazyj zaniedbywać zwykła.

Wreszcie zwraca się autor do obmywań z wody i octu przez Huebnera zalecanych, które wprawdzie nie są swoistym środkiem, i na przebieg choroby żadnego nie wywierają wpływu, starannie jednak od samego początku pojawienia się osutki stósowane, rozwinięcie się niesztowic ospowych wstrzymują. Prof. Dr. Jakubowski, który w szpitalu, pod jego kierunkiem zostającym, używał okładów wyż wzmiankowanych, sądzi, że trudno podać coś stanowczego o ich skuteczności, bo nie wiadomo, co w tym razie skutecznie działa, czy sam ocet, czy sama woda, lub téż zimno.

W dalszym ciągu posiedzenia Dr. Steffen ze Szczecina mówił: „o samoistném zapaleniu mięśnia sercowego" (*Myocarditis*). Rzadko się ono wydarza, bywa zaś następstwem zapalenia osierdzia, śródsierdzia i gośćca ostrego.

Znamiona zapalenia mięśnia sercowego są następujące: Ostre powiększenie lewéj połowy serca, czynność serca ożywiona, koniuszek sercowy przekracza liniję sutkową, serce jest szersze; jeśli obok tego istnieje zapalenie śródsierdzia, natenczas bywają objawy zastawkowe, jeśli zaś zapalenie mięśnia sercowego było pierwotne, a późniéj dopiero wystąpiły szmery, to pochodzą one z mechanicznych przeszkód, choroba wyż wymieniona po niejakim czasie, na przykład po czternastu dniach, całkowicie ustępuje.

Steffen sądzi, że cierpliwie badając dziecko chore, można z pewnością wymiary serca, jak je wyżéj podał, oznaczyć. Długotrwałe zapalenie mięśnia sercowego wydarza się u dzieci kiłą dotkniętych, w takich razach na zwłokach widać zgrubienia warstwowe w lewéj komórce na większéj przestrzeni rozpostarte, tego rodzaju zmiany widział St. na zwłokach ośmioletniego chłopca. Wydarza się również zapalenie mięśnia sercowego w zapaleniu płuc, jak niemniéj w zapaleniu płuc i opłucny.

Dr. Warschauer mówił o płonicy i powikłaniach jéj towarzyszących. Przytacza, że w tym roku liczne choroby zakaźne Kraków nawiedziły a mianowicie prócz ospy i płonicy panował pospólnie krztusiec, dur płamisty i brzuszny, czerwonka, odra, a do nich zaliczyć można i zapalenie płuc, które nowsi lekarze za chorobę zakaźną poczytują.

Opisuje rozmaite okresy płonicy, jéj objawy, wylicza powikłania, których (pomieniona) doznaje, zastanawia się nad leczeniem tak saméj choroby, jak i jéj powikłań, a przy leczeniu miąższowego zapalenia nerki w przebiegu płonicy, wspomina, że Dr. Klein z Chrzanowa w napadzie mocznicowym z dobrym skutkiem leczył swoją córeczkę za pomocą wstrzykiwań z wodochloranu pilokarpinu.

Nad użyciem tego leku wywiązała się żywa rozprawa, w któréj kilku członków brało udział.

Dr. Seemann z Berlina stósował środek przerzeczony w opuchlinach, lecz uważał, że wywołuje bierny nawał czyli zastój, poty i ślinienie, sądzi więc, że lek powyższy jest obosiecznym mieczem, i nieraz wywołuje zapalenie płuc a nawet krwotok płucny.

Prof. Edleffsen obawia się po nim objawów przygnębienia (*Depressionserscheinungen*), widział on bowiem po użyciu większéj dawki tego leku obfity pot i zapad, za to w dwu przypadkach płonicy widział pomyślny skutek po użyciu tego środka, przyczém dodaje, że pobudzenie i wywołanie potów ułatwia powstanie mocznicy.

Dr. Steffen unikałby użycia pilokarpinu, zwłaszcza, że posiadamy środki, niemal pewne przeciw opuchlinie, a mianowicie kąpiele gorące, albowiem po ich użyciu ustępują objawy mocznicowe, mianowicie obawiałby się po użyciu leku tego zapadu, mimo że Dr. Kurz z Strassburga ogłosił niedawno rozprawkę, w któréj gorąco zaleca użycie tego leku w mocznicy ze zmniejszoném wydzielaniem moczu.

Dr. Steffen mówi o rdzeniowém porażeniu (*Spinalparalyse*), które podług Profesora Erba w różnych objawia się postaciach, jednéj postaci towarzyszy drzenie powiek (*Nystagmus*), druga kończy się porażeniem opuszkowém, (*Bulbaerparalyse*). St. miał w swojéj opiece niemal jednocześnie dwóch chłopców, z których jeden miał lat ośm, a drugi 9½, młodszy nie mógł stanąć, palce nóg zginały mu się na wewnątrz, i leżały ponad sobą, drugi zaś mógł stanąć ale tylko na krótki przeciąg czasu, jeżli się położyć chcieli, to nie mogli nóg skurczyć; a jeżeli leżeli, to się podnieść nie mogli, lewa strona była więcéj zajętą aniżeli prawa, odruchy ścięgniste naprężaczy zniesione, zdziergacze prawidłowe, stósowano elektryczność i kąpiele z morską solą, stan ich potém się polepszył; jeźli im się zdawało, że ich nikt nie obserwuje, to ruchy ich były swobodniejsze.

Dr. Seemann podaje, że leczył podobny przypadek, który okazał się być dziedzicznym.

Dr. Steffen obserwował przypadek arcyciekawy u syna pewnego lekarza, który gdy siadł na zimny nocnik, już potém się dźwignąć nie mógł i był całkiem porażony, pobudliwość była znacznie obniżoną, po lewéj stronie więcéj aniżeli po prawéj, po 6 tygodniach wyzdrowiał, po upływie zaś 6 miesięcy poczęły obie nogi więdnąć, a po zastósowaniu elektryczności i mięsienia (*massage*) nastąpiło polepszenie. Steffen dodaje, że w obydwu przypadków istniał rzekomy przerost łydek.

Dr. Scheele z Gdańska mówił: „o wziewaniach roztworu chininowego w krztuścu".

Między rokiem 1867 i 68 Poulet miał wykryć grzyba w krztuścu. Prof. Binz zachęcał swego ucznia Zantena do podawania chininu w krztuścu, jako środka przeciwgrzybicowego (*antimykoticum*), Steffen i Letzerich z dobrym skut-

kiem podawali chinin. Mowca 26 przypadków krztuśca użył za materyjał do swych poszukiwań, wybierał on starsze dzieci rodziców zamożnych, a to dla tego, aby ci jako wykształceńsi mogli dobrze obserwować swe dzieci i zdawać o nich relacyje, jak niemniéj dla tego, że byli w możności nabywania dla swych dzieci drogiego chininu.

Ktemu celowi używał on roztworu półprocentowego chininu, wziewania odbywały się trzy razy dziennie po trzy do pięciu minut, przyczém dzieci przymrużały podczas wziewania powieki.

Mowca sporządził tablice, na których spisywał ilość lekkich i ciężkich napadów, które podczas jednéj doby miejsce miały.

Poszukiwania swe robił na chorych dzieciach niżéj roku, reszta zaś dzieci liczyła 5 do 6 lat.

Krzywizny napadów lekkich od ciężkich bardzo się od siebie oddalały, późniéj krzywizna cięższych napadów obniżyła się, co dowodzi, że natężenie choroby się zmniejszyło. Lekowanie przerzeczone nie skraca trwania choroby, która podług Germana trwa od dwóch do dziesięciu tygodni, wydarzały się powikłania z zapaleniem płuc i opłucny, śmiertelność była jak 1 do 26, na 27 dzieci jedno umarło. Löschner podaje jako najniższą śmiertelność 1 do 27.

Nad tym przedmiotem czysto praktycznym toczyła się żywa rozprawa: jednym zdawało się, że dzieci po tych wziewaniach przez długi czas czują gorycz w ustach, drudzy tego nie spostrzegali, inni zalecali wziewania kwasu karbolowego, jako tańszego a równie skutecznego; Steffen sądzi, że skuteczność wziewań zawisła jedynie od ciepłéj pary wodnéj. Dr. Nagenbach wychwala skuteczność atropinu, kiedy Prof. Edleffsen uważa lek wcale nie obojętny za niepewny, wspomina również o tém, że podawał dawki do trzech czwartych miligrama dochodzące, które chorzy znosili dobrze; zdaniem jego na rozszerzenie źrenicy powstające po użyciu tego leku uważać nie ma potrzeby.

Następnie rozprawa przeszła na niewłaściwy tor, gdyż zaczęto mówić o skuteczności chloralu w krztuścu. Dr. Happe podaje chloral jako środek nasenny 10 do 15 cgrm. przed spaniem. Dr. Ehrenhaus z Berlina podaje roztwor chloralu przy obfitych i uporczywych wymiotach podczas krztuśca. Dr. Scheele podaje chloral tylko przy drgawkach ogólnych w postaci lawatyw biorąc gram na lawatywę.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(Dr. J. B.) Komisyja sanitarna krakowska odbyła d. 18 bm. pod przewodnictwem Dra Warschauera posiedzenie na którém: 1) Dr. Buszek podał do wiadomości: *a)* że razem z Dr. Janikowskim wydali w imieniu Komisyi sanitarnéj opiniję o szkodliwości dołu między realnością Puszeta i Markusa w ul. Starowiślnéj położonego tak dla czystości powietrza, jako téż gruntu i wody studziennéj, zwłaszcza, że tamże dopływa także gnojówka; *b)* że obydwaj dali nieprzychylną odpowiedź co do zapytania, czyby można budować szkołę wydziałową w okolicy łąki św. Sebastyjana; *c)* że względy sanitarne nie przeszkadzają umieszczeniu szkoły prywatnéj pod l. 54 w dz. VIII. 2) Tenże przedłożył: *a)* wynik rozbioru chemicznego prof. Stopczańskiego wody ze studni w koszarach straży pożarnéj, wedle którego woda ta ma 20° franc. twardości stałéj, zawiera 15 kwasu azotowego, 0,3 kwasu azotawego, 10,2 amonijaku na 100,000 wody; *b)* wynik badania podejrzanych tapetów, które nie wykazały w sobie arsenu. 3) Tenże wykazał, że śmiertelność tak ogólna, jak i z chorób zakaźnych jest w tym roku o wiele znaczniejszą. Ospa pojawia się jeszcze sporadycznie, płonica panowała dość groźnie w obwodzie III od czerwca do sierpnia, a obecnie często się pojawia w I i II obwodzie, czerwonka od maja do końca września zabrała 48 ofiar. W wrześniu wynosiła śmiertelność najmniéj w ciągu b. r. do 28,7 na 1000. 4) Dr. Warschauer zapytuje, czy i o ile wywiązała się ze swojego zadania podkomisyja wybrana d. 26 maja 1878 r. do sprawdzenia i ocenienia pracy wodociągowéj Dra Lutostańskiego. Dr. Stopczański stwierdza, że badanie jego zgadza się z wynikiem badania Dr. L. co do składu zdrojów Regulickich. Niwelacyja przez Dyr. Moraczewskiego dokonana tak zdrojów Regulickich jak i Czatkowickich wskazała nawet większe wzniesienie, niż Dr. L. podał i uważa pracę Dr. L. na wyczerpującą i dokładną. Sprawa przeto wodociągowa stała się czysto finansową, gdy nadto według obliczeń dyr. Moraczewskiego wodociąg Regulicki ma kosztować około 1 $^1/_2$ milijona złr. w. a. a czatkowickie około $^1/_2$ milijona. Prof. Korczyński potwierdza, co Dr. Stopczański powiedział; uważa również za potrzebny rozbiór wody Regulickiéj ścisły dopiero wtedy, jak zapadnie decyzyja, zkąd wodę sprowadzać należy. Ilość wody znaleziono nawet większą, niż obliczał Dr. L. i tak projekt wodociągu Regulickiego i Czatkowickiego jest ze stanowiska higijeny wykonalny. Chodzi tylko o opiniję geologa, czy zdroje Czatkowickie są stałe i czyby się ich ciepłota obniżyć nie dała. Ponieważ o to zapytywany Süss z Wiednia obiecał dać odpowiedź dopiero po dokładném badaniu okolicy tychże zdrojów, a miasto go w tym celu nie sprowadza, przeto za zastój całéj sprawy nie może być podkomisyja wodociągowa odpowiedzialną, gdyż ona ukończyła swoje zadanie. Czy Kraków będzie miał wodociągi, to zależy tylko od finansów miasta, bo woda jest odpowiednia zdrojowa dla ich budowy. R. m. Trauczyński namienia, czyby nie należało zamiast Süssa sprowadzić do Czatkowic Sigmondyego, a Dr. Tuszyński podnosi ważność zdrojów Regulickich i z tego powodu, że są odleglejsze od granicy i dla tego nie byłoby miasto narażone na brak wody, w razie wojennych niepokojów. Na wniosek prof. Korczyńskiego uchwalono dokładne w téj mierze przedłożyć przedstawienie Komisyi wodociągowéj, a na wniosek Dra Buszka uchwalono, aby w konkluzyi sprawozdania téjże podkomisyi dodano, że za pracę Dra L. podjętą około wodociągów należy go wynagrodzić, têm bardziéj, że przy téj pracy poniósł znaczne wydatki. 5) Dr. Lutostański przedstawił w imieniu podkomisyi wybranéj do ułożenia regulaminu oczyszczenia miasta wniosek naglący do Rady miejskiéj o zakupno maszyny pneumatycznéj do czyszczenia dołów kloakowych i kanałów. Po żywéj i dłuższéj dyskusyi nad tym przedmiotem uchwalono uzupełnić tenże wniosek niektóremi motywami tak co do jego genezy i historyi, jak i strony finansowéj.

Statystyka epidemij. W tygodniu 39 (do 19 września) ospa w Londynie utrzymała się. Leczyło się w szpitalach 105, umarło 5, świeżo zapadło 6, w Madrycie umarło 33, w Paryżu 29, w Wiedniu 11, w Budapeszcie, Pradze i Warszawie po 4, w Petersburgu, Bukareszcie i Maladze po 3, w Odessie i Barcelonie po 2. Z duru osutkowego umarło w Londynie, Bukareszcie, Walencyi i Murcyi po kilka osób, w Petersburgu 5, w Madrycie (od 2—8 sierpnia) 21. Odra bardziéj się rozszerzyła w Madrycie. Prawie we wszystkich większych miastach mniéj zmierało z biegunki, tylko w Budapeszcie i Warszawie nieco większa była śmiertelność. W tygodniu 39 umarło w Krakowie: 7 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z duru brzusznego, 4 z czerwonki, 1 z wodowstrętu, a doniesiono w tymże czasie: o 14 przypadkach płonicy, 1 ospy, 3 błonicy i 2 krztuśca.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 39 (od 19 do 25 września) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: w Krakowie 30,2; w Warszawie 28,2; w Poznaniu 21,4; w Wiedniu 21,3; w Budapeszcie 32,7; w Pradze 29,7; w Berlinie 29,4; w Wrocławiu 23,4; w Mnichowie 24,2; w Gdańsku 21,4; w Dreźnie 24,8; w Lipsku 24,8; w Bazylei 27,6; w Brukseli 23,2; w Amsterdamie 24,6; w Hadze 18,5; w Paryżu 23,4; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 24,3; w Stokholmie 28,9; w Chrystyjanii 28,1; w Petersburgu 39,2; w Odessie 35,7; w Rzymie 24,8; w Wenecyi 18,5; w Bukareszcie 21,3; w Madrycie 43,0; w Barcelonie 31,0; w Bombayu 30,4; w Madrasie 33,2.

J. B.

Sprawozdanie o śmiertelności

w miastach Galicyi liczących nad 15.000 ludności, za czas od dnia 27 czerwca do 25 września 1880 r. (Kwartał trzeci).

Nazwa miasta	Ludność obliczona na koniec roku 1879	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Stosunek zmarłych obliczony na 1000 mieszkańców i na rok	Wiek zmarłych: 1 rok	2—5 lat	6—20 lat	21—40 lat	41—60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany	Przyczyna śmierci – Choroby zakaźne: Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.	Inne panujące choroby: Suchoty płuc	Zapalenie płuc, krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Choleryna	Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.: Smierć przypadkowa lub nieznana przycz.	Samobójstwo	Morderstwo i zabójstwo
Lwów	110 623	822	29.7	199	151	69	146	131	126	—	—	2	44	31	2	5	—	—	5	5	—	188	78	--	7	1	88	17	327	10	10	*) 2
Kraków	63.600	537	33.7	123	137	52	82	70	71	2	34	—	53	12	—	12	5	--	15	2	25	60	64	11	2	—	77	—	160	4	1	—
Brody	19.0 5	116	24·4	60	11	6	5	13	21	—	—	—	1	3	—	1	—	—	—	—	—	3	4	—	1	—	32	2	68	1	—	—
Drohobycz	21.524	164	30.4	57	41	14	14	18	20	—	—	1	15	6	1	7	—	—	2	—	—	13	8	28	—	—	23	—	58	1	1	—
Kołomyja	20.046	372	74.2	123	153	46	23	10	17	—	38	2	84	8	—	1	—	—	—	—	—	26	35	1	1	—	—	—	173	3	—	—
Przemyśl	19.667	141	28.6	73	12	9	13	20	14	—	—	5	1	6	3	—	—	—	2	1	—	35	14	2	1	—	5	12	52	2	—	—
Stanisławów	15.691	194	49 4	105	20	13	19	22	15	—	1	42	—	3	7	1	—	—	7	2	—	16	9	3	—	—	8	1	94	—	—	—
Tarnopol **)	22 438	161	—	78	22	7	10	23	21	—	—	3	—	13	—	4	—	—	—	--	—	10	6	1	—	—	—	18	102	1	3	—
Tarnów **)	32.879	220	—	77	40	29	24	30	20	—	14	1	2	9	—	—	2	--	36	—	—	21	14	2	3	—	34	—	77	3	1	1
Razem	325.533	2726	--	895	587	245	336	337	325	2	87	56	200	91	13	31	7	—	67	10	25	372	232	48	15	1	267	50	1111	25	16	3
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych:				32·8	21.4	9.0	12.3	12 3	11·9	0.08	3.1	2·0	7.8	3.3	0 4	1.1	0.3	—	2·4	0.4	0.9	12.9	12.4	1.7	0.6		9.8	1.8	41 0	0.9	0.6	0.1

54·2% (1 rok i 2—5 lat) — 21·70% (choroby zakaźne)

*) Stracenia w skutek wyroku sądu wojskowego. **) Z jednego tygodnia sprawozdania nie przysłano.

Lwów dnia 10 października 1880. *Dr. Merunowicz.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 października. Reskryptem z dnia 8 bm. l. 15.363 zamianował JEks. minister spraw wewnętrznych w porozumieniu z wys. Ministerstwem wyznań i oświaty Dra A. Biesiadeckiego c. k. kraj. ref. spraw zdrowia przewodniczącym Komisyj egzaminacyjnych do egzaminów lekarzy i weterynarzy odbyć się mających w r. 1880/81 w myśl rozp. minist. z dnia 21 marca 1873 l. 37 Dz. P. P., a zastępcą przewodniczącego prof. Dra G. Piotrowskiego. Na egzaminatorów i ich zastępców przy rzeczonych egzaminach powołano równocześnie: a) przy egzaminach dla lekarzy: 1) z higijeny i ustawodawstwa sanit. prof. Dra S. Janikowskiego na egzaminatora, Doc. Dra K. Grabowskiego na zastępcę; 2) z medycyny sądowéj prof. Dra L. Blumenstoka na egzaminatora, prof. Dra T. Browicza na zastępcę; 3) z farmakognozyi prof. Dra E. Janczewskiego na egzaminatora, prof. Dra A. Stopczańskiego na zastępcę; 4) z chemii prof. Dra A. Stopczańskiego na egzaminatora, prof. Dra E. Czyrniańskiego na zastępcę; 5) z policyi weterynaryjnéj lek. pow. Dra K. Kralczyńskiego na egzaminatora, wet. pow. A. Litticha na zastępcę, b) przy egzaminach dla weterynarzy: c. k. weterynarza powiatowego A. Litticha i weterynarza miejskiego J. Kubickiego na egzaminatorów.

* Pan Namiestnik mianował Dra Józefa Merunowicza, c. k. koncepistę sanitarnego, c. k. lekarzem powiatowym IX rangi, pozostawiając go w słuźbie przy biurze sanitarnèm c. k. Namiestnictwa.

Koncepista sanitarny w jego miejsce mianować się mający zastępować będzie lekarza powiatowego prawdopodobnie w powiecie jaworowskim, w którym posada lekarza powiatowego jest opróżnioną.

* W półroczu bieżącém zapisało się na Wydział lekarski krakowski nowych uczniów 59.

* Mija już rok, odkąd naprzód posada fizyka miasta, a następnie posada lekarza miejskiego zawakowała, a pomimo, że posada fizyka już od 5 miesięcy obsadzoną została, dotychczas nie rozpisano konkursu na posadę lekarza miejskiego; czy na tém nie cierpi dobro miasta, nie wiemy, ale uderzającém jest ociąganie się z ogłoszeniem konkursu, i dla tego godziłoby się dowiedzieć, z czyjéj winy konkurs dotąd ogłoszony nie został.

* W Nrach 13 i 15 z rb. wspomnieliśmy o zamiarze wydania przez Towarzystwo lekarskie warszawskie dzieła Oczki o chorobie wenerycznéj ku uczczeniu 300-letniéj rocznicy pojawienia się tego dzieła, w roku przyszłym przypadającéj. Obecnie możemy donieść, że druk tego dzieła już się rozpoczął, otrzymaliśmy bowiem od Dra Klinka, który rzucił pierwszą myśl tego wydawnictwa, pierwszy arkusz tegoż oraz podobiznę tytułu i przedmowy do dzieła przed 300 laty wydanego. Sądząc po tym początku całe dzieło, które obejmować ma przeszło 40 arkuszy druku, przedstawiać się będzie bardzo pięknie i będzie godném uczczeniem rocznicy wydania jednego z pierwszych dzieł lekarskich polskich.

* **Warszawa.** Władza udzieliła zezwolenia „mieszkance m. Warszawy, pannie Annie Tomaszewiczównie, która odbyła egzamin na kursach żeńskich medycznych przy szpitalu wojskowym mikołajewskim, zajmowania się praktyką lekarską w Warszawie, w granicach wskazanych reskryptem z dnia 6 kwietnia 1879 roku.“ Wspomniane rozporządzenie dozwala kobietom praktyki lekarskiéj, jak również ordynowania w szpitalach kobiecych położniczych i dziecięcych, wzbraniając im wszakże zajęć sądowolekarskich i lekarsko-policyjnych z wyjątkiem wydawania świadectw szczepienia ospy i świadectw o śmierci. (*Kur. warsz.*)

* **Budapeszt.** Wydział lekarski otrzyma w ciągu roku 1881 kilka nowych katedr, a mianowicie: katedrę dla psychijatryi, drugą klinikę położniczą, katedrę dla antropologii i drugą katedrę dla botaniki. (*W. m. Bl.*)

* **Mianowania i odznaczenia.** Profesorem w szkole antropologicznéj w Paryżu w miejsce Broki mianowany został Maciéj Duval. — Prof. Hyrtl we Wiedniu otrzymał krzyż komandorski orderu Wazów z gwiazdą.

* **Nekrologija.** W Pradze czeskiéj umarł Dr. Jan Waller, b. prof. patologii ogólnéj i farmakologii, w 69 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 42: Polaka: Przyczynek do przeciwgnilnego leczenia durzycy (dok.); — Zgwałcenie osoby dorosłéj, przypadek sądowolekarski. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 20: Dra Talki: Dokończenie Sprawozdania z VI kongresu międzynarodowego oftalmologów.

Piśmiennictwo lekarskie. PÉAN J. Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. T. I. gr. 8. Paris. Delahaye. Fr. 15.

PÜTZ H Ueb. Wundheilung resp. Wundbehandlung. M. 2 Holzschn. gr. 8. Jena, Dege et Haenel. M. 1. 50.

RECUEIL des travaux du comité consultatif d'hygiène publique de France. Tome VIII. 8. Paris. Baillière et fils. Fr. 8.

RÉGIME Le. de Pythagore d'après le Dr. Cocchi. De la sobriété; conseils pour vivre longtemps par L. Cornaro. 12. Paris, Baillière et fils. Fr. 8.

ROBERTS J. B. Paracentesis of the Pericardium. Illust. 8. Philadelphia. sh. 6½

ROSER W. Chirurg.-anatom. Vademecum f. Studirende u. Aerzte 6 Aufl. M. 127 Holzschn. 8. Leipzig. Veit et Co. geb. M. 6.

SCHEFF jun. J. Lehrbuch der Zahnheilkunde. Mit 153 Holzschn. gr. 8. Wien, Urban et Schwarzenberg. M. 8

SCHWALBE G. Lehrbuch der Neurologie. 1. Lfg. Mit 165 Holzschn. gr. 8. Erlangen. Besold. M. 8

STÖRK C. Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs, d. Nase u. d. Rachens. 2. Hälfte. Mit 4 Tfln. u. 107 Holzschn. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 10. 80. (cpl. M. 16. 80).

STRICKER S. u. A. SPINA. Untersuchungen über d. mechan. Leistungen d. acinösen Drüsen. M. 3 Holzschn. Lex.-8. Wien, Gerold's Sohn. M. 60.

W sobotę dnia 30go bm. o godz. 6 po poł. odbędzie się w sali posiedzeń Akademii Umiejętności Zgromadzenie ogólne Członków Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich.

Przedmioty posiedzenia: 1) Sprawozdanie Sekretarza z czynności Stowarzyszenia; 2) Sprawozdanie Podskarbiego o stanie funduszów; 3) Sprawozdanie Komisyi kontrolującéj. 4) Wnioski Członków.

Do ważności uchwał potrzeba obecności najmniéj 20 Członków. Członkowie zamiejscowi głosować mogą przez zastępców.

Kraków dnia 20go października 1880 r.

Prof. Dr. Korczyński,
Prezes Stow. wyd.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign Ste lcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	**w Austryi** 8 złr. 80 c.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 30 października 1880. №. 44. Rok XIX.

TREŚĆ: I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9.) BOSSOWSKI. II. Choroby narządu oddechowego. V. Choroby nosa, krtani i oskrzelów. — II. SAWICKI. Przyczynek do epidemiologii. Przypadki *Meningitis cerebrospinalis epidemica* we Lwowie obserwowane w r. 1879 i 1880 w szpitalu powszechnym w III oddz. chorób wewn. (C. d.) — III. *Oceny i sprawozdania*: Prof. Dr. CZYŻEWICZ (we Lwowie): Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1877. HEITLER: O uleczalności suchot płucnych i o łączeniu się gruźlicy z innemi chorobami. PAUTYŃSKI. DANIŁŁO. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Posiedzenie Sekcyi lwowskéj Tow. lek. galic. — V. *Odcinek*: ZIELENIEWSKI. Nasze zdrojowiska a zapowiedziana wystawa balneologiczna w Frankfurcie w r. 1881. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9.

II.

Choroby narządu oddechowego.

V. Choroby nosa, krtani i oskrzelów.

Opracował Dr. K. Bossowski.

Choroby te dostarczyły 202 przypadków (24 w klinice stałéj, a 178 w klinice ruchoméj).

1. Z chorób nosa pomijając 6 przyp. krwotoków nosowych i jeden przyp. polipa nosowego, które nie przedstawiały nic szczególnego, zastanowimy się tylko nad przypadkami nieżytu ropnego nosa połączonego z cuchnieniem (*Ozaena*, *Punaisie*).

Każdą zmianę chorobową w przewodach nosowych i w jamach dodatkowych połączoną z przenikliwą wonią nazywamy od dawna *ozaena*. Jest to choroba, która najczęściéj polega na tle kiłowém i zołzowém, niekiedy jednak rozwija się u osób zupełnie zdrowych skutkiem zarażenia się lub téż bez jakichkolwiek znanych przyczyn. Większość lekarzy dotąd jeszcze utrzymuje, że nieodzownym warunkiem cuchnienia wydzieliny nosowéj jest obecność owrzodzeń na błonie śluzowéj, lub pruchnienia kości, lubo nowsze badania Zaufala, Michela i Hartmanna wykazały na pewne, że istnieć może ozena bez owrzodzeń i bez zmian w kościach. Tak zwana *ozaena non ulcerosa* obok cuchnienia odznacza się zanikiem błony śluzowéj i muszel nosowych, i skłonnością do zasychania wydzieliny, która w postaci ciemno zielonych lub zielonawobrunatnych strupów przylega ściśle do błony śluzowéj. Właściwa przyczyna cuchnienia nie jest dotychczas dokładnie znana, i zdaje się że wszystkie dotychczasowe teoryje grzeszą zbytnią wyłącznością chwytając się jednego momentu przyczynowego z pominięciem innych. Zbytnia szerokość przewodów nosowych, którą powiększa jeszcze zanik muszel, zanik gruczołów śluzowych, ropny nieżyt jam bocznych, zbytnia gęstość wydzieliny i zamożność w składniki morfotyczne, która ułatwia zasychanie takowéj, zdaniem naszém nie wystarczają same przez się do wytłumaczenia cuchnienia, tak że z koniecznością przypuścić trzeba pewną swoistość wydzieliny, która dopiero wśród korzystnych warunków szybko rozkładając się wywołuje ów przenikliwy smród, po którym chorobę tę już z daleka poznać można. W obec tego byłoby rzeczą bardzo pożądaną szczepić zwierzętom wydzielinę ropnego nieżytu nosa połączonego z ozeną i badać zmiany, jakie na błonie śluzowéj nosa wywołuje. Być zresztą może, że przenośnikiem choroby i pośrednikiem cuchnienia są grzybki, i że udałoby się za pomocą kultur takowe odosobnić i bliżéj określić.

Ozeny zauważono w czasie, z którego zdajemy sprawę, 6 przypadków. W jednym przypadku choroba oparta była na tle kiłowém, a na przegrodzie nosowéj po stronie prawéj znajdował się wrzód wielkości siemienia, w 2 przypadkach były wybitne zmiany zołzowe, które uważano jako właściwą podstawę choroby, zaś w 3 przypadkach nie można było wykryć ani zołzów, ani kiły. Z tych przypadków w jednym (u żydóweczki 18 letniéj) choroba powstać miała przed rokiem w kilka tygodni po spółkowaniu kilkurazowém z mężczyzną, któremu, jak się chora wyrażała, czuć było nieprzyjemnie z nosa; badanie wykonane po należytém oczyszczeniu licznych strupów zaschłych wykazało błonę śluzową bladą, gdzieniegdzie jednak miejsca rozpulchnione, obrzmiałe i żywo nastrzykane, co zdawałoby się przemawiać za twierdzeniem Fraenkla, że ta forma nieżytu nosowego, która prowadzi do ozeny, w początkowych okresach występuje w postaci przerostowéj, w późniejszych w postaci zanikowéj. Choréj téj polecono zatykać przewody nosowe tamponami z waty (Gottstein); wyniku leczenia podać nie możemy, gdyż chora nie zgłosiła się ponownie do kliniki. W drugim typowym przypadku ozeny badanie drobnowidowe wydzieliny nosowéj wykazało liczne prątki i grzybki kuliste. Trzeci przypadek u chłopca 15 letniego ze Świątnik zasługuje z tego powodu na wzmiankę, że mimo

kilkoletniego trwania choroby przewody nosowe nie okazywały wcale zbytniéj szerokości, a na muszlach nie było objawów zaniku.

2. Choroby krtani. Nieżyt krtaniowy ostry napotkano w 12 przypadkach. Z tych jeden przypadek u dziewczynki 11 letniéj z wybitnemi objawami zakażenia zołzowego zasługuje na uwagę z powodu znacznego utrudnienia oddechu przez zbrzęknienie błony śluzowéj i podśluzowéj krtani.

Chora ta przebywając w klinice okulistycznéj z rozpoznaniem *phthisis corneae o. s. post variolam, keratitis phlyctänulosa o. d.* wieczorem dnia 9 stycznia 1878 r. wyszła w lekkiém ubraniu na ganek, a zziębnąwszy wróciła do dobrze ogrzanéj sali chorych. Téj saméj nocy zaczęła mocno kaszleć, ochrypła, czuła silny ból w gardle i znaczną bolesność przy połykaniu. Przypady te przez następne dwa dni wzmagały się, a trzeciego dnia przyłączyło się utrudnienie oddechu, z powodu którego przeniesioną została do kliniki lekarskiéj. Badanie wykazało stan bezgorączkowy, oddech bardzo mozolny z wyraźnemi objawami zwężenia głośni. Przy badaniu wziernikowém znaleziono więzadła fałszywe mocno nastrzykane, i tak obrzmiałe, że można było dojrzeć tylko brzegi więzadeł głosowych, które były mocno różowe i w niektórych miejscach okazywały małe punkciki sinoczerwone. Nakrywka krtaniowa i błona śluzowa na chrząstkach nalewkowych zaczerwieniona i wodnisto obrzękła. Chora skarżyła się na bardzo znaczny ból przy połykaniu. Przypady te minęły rychło po zastósowaniu okładów ciepłych na szyję, wziewań pary wodnéj, i użyciu środków napotnych.

Nieżyt przewlekły był przedmiotem leczenia w 20 przypadkach, które z wyjątkiem dwóch przypadków, gdzie w następstwie nieżytu powstał niedowład mięśni krtaniowych, nie przedstawiały nic uwagi godnego. W tych dwóch przypadkach osiągnięto skutek pomyślny za pomocą kilkutygodniowego użycia prądu indukcyjnego.

Owrzodzeń kiłowych krtani leczono jeden przypadek u kobiety 24 letniéj. Na więzadle głosowém prawém, przy uczepieniu tylném, znajdował się wrzód spory, więzadła w tylnéj części przy fonacyi nie zupełnie domykały, a nagłośnia rozszczepana była na 3 części za pomocą głębokich, szarą wypociną pokrytych wrębów. Przypadek ten zasługuje na uwagę głównie z tego powodu, że wśród używania w klinice przez 3 tygodnie większych dawek jodku potasu pojawiło się zapalenie przykostnéj na goleni lewéj, które wraz z owrzodzeniami krtani zagoiło się dopiero przy użyciu wcierań szaruchy.

Porażenia mięśni krtaniowych zauważano w 4 przypadkach. Przyjmując w zupełności sposób tłumaczenia obrazów wziernikowych, jak go podaje Dr. Pieniążek (w dziele Stoerka str. 368 do 391 i w swém dziele o chorobach krtani), musimy twierdzić, że w dwóch przypadkach, z których jeden dotyczy dziewczynki z błednicą, a drugi młodéj kobiety z histeryją, mieliśmy obustronne porażenie mm. obrączkonalewkowych bocznych (*mm. cricoarytaenoidei laterales*); obiedwie okazywały lekką chrypkę, a badanie wziernikowe wykazywało podczas fonacyi, że więzadła głosowe nie domykają, pozostawiając między sobą szparę w kształcie wydłużonego czworoboku, składającego się jakoby z dwóch trójkątów, które łączą się z sobą na wysokości wyrostków głosowych. — U chorego S. Pf., l. 28 liczącego z Królestwa polskiego, u którego od kilku lat istniał zupełny bezgłos, czasami tylko zmniejszający się, znaleziono obustronne porażenie mięśnia międzynalewkowego poprzecznego (*m. interarytaenoideus transversus*), połączone z porażeniem mięśni nalewkotarczykowych wewnętrznych (*mm. arythyreoidei interni*); więzadła głosowe dotykały się należycie w okolicy wyrostków głosowych, zaś w środkowéj ich części pozostawała owalna szczelina, chrząstki nalewkowe w tylnéj części nie dochodziły do siebie pozostawiając pomiędzy sobą szczelinę trójkątną podstawą ku tyłowi zwróconą. Chory ten po tygodniowém zastósowaniu dwa razy dziennie prądu indukcyjnego silnego na okolicę krtani doznał nieznacznéj poprawy głosu, było to jednak przy końcu roku szkolnego, a chory wyjechawszy z Krakowa usunął się od dalszéj obserwacyi.— Nareszcie u M. G. lat 20 liczącéj, stwierdzono zupełne porażenie mięśni krtaniowych po stronie prawéj, gdyż obraz wziernikowy odpowiadał zupełnie porażeniu n. krtaniowego dolnego (*n. laryngeus recurrens*). Chora wydawała głos cichy, ochrypły i wysoki. Przyczyną porażenia był ucisk, jaki wywierał obrzmiały gruczoł tarczykowy, którego płat prawy był powiększony, a płat środkowy wystawał z dołka mostkowego (*jugulum*). Chora przebywała zanadto krótko w klinice, ażeby można orzec coś stanowczego o skuteczności podawanego jéj jodku potasu.

3. Choroby oskrzelów leczono prawie wyłącznie tylko w klinice ruchoméj. Krwotoków oskrzelowych zanotowano dwa przypadki, między temi u dziewczyny 20 letniéj najprawdopodobniéj krwotok był zastępczym skutkiem ociągającéj się miesiączki. Z zapaleniem płuc nieżytowém zgłosiło się 15 mężczyzn, a 4 kobiet; w połowie były to dzieci po przebytych osutkach ostrych, które odesłano do szpitala św. Ludwika, w połowie chorzy z rozedmą płuc i nieżytem oskrzelowym, którzy pozbawieni możności zaspokojenia pierwszych potrzeb życia nabawiali się téj choroby w ostrych miesiącach zimowych. Nieżyt oskrzelowy ostry napotkano w 40 przypadkach, przewlekły w 84 przyp.; ostry przydarzał się najczęściéj między 10—30, przewlekły między 30—60 rokiem życia; obydwa zauważano najczęściéj u osób przebywających najwięcéj na wolném powietrzu i narażających się na zmiany powietrza jak wieśniaków, wyrobników i handlarzy. Dychawicy oskrzelowéj (*asthma bronchiale*) widziano 3 przypadki u mężczyzn z rozedmą płucową i nieżytem oskrzelowym w postaci t. zw. *asthma emphysematicum*, która to postać jest u nas o wiele częstszą od dychawicy nerwowéj. Wszyscy ci chorzy doznali znacznego polepszenia przy leczeniu pneumatyczném za pomocą przyrządu Waldenburga.

Choroby oskrzelów w liczbie 148 przypadków stanowiły 10.2% przyp. chorób narządu oddechowego, a 2·9% wszystkich chorych leczonych tak w klinice stałéj jakoteż ruchoméj. (W oddziale chor. wewn. Szpitala św. Łazarza w 4 poprzednich latach choroby oskrzelów wynosiły 9% chorób narządu oddechowego, a 2·7% wszystkich chorych, co odpowiada prawie zupełnie cyfrom klinicznym).

4. Ostatecznie wspomnieć nam wypada osobno o 3 przypadkach przewlekłego śluzoropotoku górnych dróg oddechowych. Jest to choroba dotychczas mało znana, która nas tém bliżéj obchodzić powinna, o ile ma się najczęściéj przydarzać w kraju naszym i w krajach sąsiednich. Wiadomość o téj chorobie zawdzięczamy Störkowi w Wiedniu, który r. 1874 na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Wrocławiu pierwszą o niéj uczynił wzmiankę, a następnie w dziele swém (*Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs, der Nase und des Rachens* 1876 str. 161) podał dokładny obraz chorobowy i objaśnił go opisaniem kilkunastu przypadków, przez siebie dostrzeganych. Dalszych opisów kazuistycznych dostarczyli Bresgen (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1876, Nr. 26 i 27), Hering (*Medycyna* 1877,

Nr. 41 i 42), Schmithuisen (*Berl. klin. Woch.* 1878, Nr. 11), Kolbe (*Wiener med. Wochenschr.* 1878, Nr. 20), i Pieniążek (*Wiener med. Blätter* Nr. 17 i 19), przyczém namienić należy, że obok Störka największą ilość przypadków opisali Hering (wraz z 2 przypadkami, o jakich wspomina w *Medycynie* 1878 str. 414, liczba jego przypadków wynosi 14) i Pieniążek (przypadków 7, między temi jeden przypadek opisany już przez Schmithuisena). Tu zaliczyć należy także przypadek opisany przez Bagińskiego (*Deutsch. med. Woch.* 1876, Nr. 25 pod nazwą *ozaena laryngo-trachealis*), i przypadek, o którym wspomina Fraenkel (*Ziemssen Handbuch* IV. 1, str. 129), mówiąc o ozenie.

Choroba ta zajmuje przewody nosowe, gardło, krtań i tchawicę. W nosie przedstawia się podobnie jak powyż opisana ozena, i odznacza się bladością błony śluzowéj, tworzeniem się ściśle przylegających strupów, a częstokroć odpływem cieczy ropiastéj. Zmiany w gardle są takie same jak w *pharyngitis sicca*, przy czém tak w jamie nosogardłowéj, jakoteż krtaniogardłowéj, osobliwie na tylnéj ścianie gardła tworzą się częstokroć strupy zaschłéj wydzieliny śluzowo-ropnéj. Z gardła przenosi się choroba na krtań i to najpierw na okolicę chrząstek nalewkowych i zatoki Morgagniego, następnie na więzadła głosowe i usadawia się najchętniéj przy uczepieniu przedniém więzadeł głosowych, gdzie z początku ogranicza się tylko do wydzielania się cieczy śluzowo-ropnéj, następnie zaś wznieca powierzchowne owrzodzenia i bujanie tkanki podśluzowéj, przez co wytwarzają się błony wrzekome lub wybujałości, które z biegiem czasu prowadzą do zwężenia, niekiedy bardzo znacznego, głośni. Niekiedy tylko sprawa chorobowa w krtani ogranicza się do ciągłego wytwarzania się strupów, które powstają przez zeschnięcie wydzieliny ropnéj. Z krtani przenosi się ropienie do tchawicy, osobliwie na ścianę przednią i boczne, gdzie przy dłuższém trwaniu choroby rozwijać się mogą podobne sprawy rozrostowe jak w krtani, które zwężają światło tchawicy. Zdaniem Stoerka prawdopodobieństwo przemawia za tém, że śluzoropotok posuwając się coraz bardziéj ku dołowi zająć może oskrzela i wywołać chorobę płuc. Wydzielina śluzowo-ropna prawie zawsze okazuje woń bardzo nieprzyjemną, odrażającą. Choroba ta, przynajmniéj według dotychczasowych spostrzeżeń, jest nieuleczalną.

Ponieważ niektórzy (Stoerk, Pieniążek) uważają ozenę nosową tylko jako jednę z postaci śluzoropotoku górnych dróg oddechowych i twierdzą że ozena idiopatyczna jest śluzoropotokiem ograniczonym tylko do jam nosowych, przeto koniecznêm jest wytłumaczenie się, dlaczego odłączyliśmy jedną chorobę od drugiéj. Powody, jakie skłaniają nas do tego, są pokrótce następujące: 1)W śluzoropotoku dróg oddechowych cuchnienie jest objawem bardzo częstym, lecz nie koniecznym, w ozenie objawem głównym, rozpoznawczym. 2) Są przypadki ozeny nosowéj, gdzie sprawa chorobowa nigdy nie przenosi się na części głębsze, 3) Dopóki nieznaną będzie właściwa patogeneza obydwóch chorób, lepiéj jest odłączyć od siebie obiedwie choroby, chociażby tylko według różnic objawowych, aniżeli złączyć je przedwcześnie, coby mogło być przyczyną pomięszania nazw a tém samém i pojęć. Przypadki nasze są następujące:

1. A. S., l. 16 licząca, żydówka z Krakowa. Ojciec liczy lat 54, w młodości cierpiał na migrenę, śladów kiły nie okazuje. Matka chorowała w młodości na dur brzuszny, a z wyjątkiem żylaków na odnogach dolnych nie przedstawia żadnych zmian chorobowych. Z 18 rodzeństwa 12 pomarło na rozmaite choroby w wieku dziecięcym, reszta dzieci są zdrowe. Chora nie przebywała żadnych ważniejszych chorób. Obecna choroba poczęła się przed 8 laty od chrypki, która utrzymuje się dotąd. Przed 6 laty przebyła dur. Do kliniki ruchoméj zgłosiła się w grudniu 1876 r., do kliniki stałéj przyjętą została 10 lutego 1877 r. — W organach wewnętrznych nie znaleziono najmniejszéj zmiany, budowa i odżywienie dobre, śladów krzywicy nie ma, miesiączka pojawiła się przed rokiem i jest prawidłowa, upławów nie ma, jedynie tylko lekkie obrzmienie wargi górnéj i gruczołów podszczękowych odpowiada zołzom małego stopnia. Chora, która pomaga rodzicom przy sprzedaży starego żelaziwa, nie okazuje żadnego zaniedbania i owszem jest dosyć wybredną w zachowaniu czystości ciała. W początku pobytu choréj w klinice, a było to w czasie, gdzie o śluzoropotoku górnych dróg oddechowych zaledwie znane były pierwsze doniesienia, zwrócono główną uwagę na krtań, a to tém bardziéj, że w nosie nie spostrzeżono nic uwagi godnego, a badanie gardła wykazywało tylko zaczerwienienie i obrzmienie lewego migdałka. Przy badaniu wziernikowém znaleziono wejście do krtani blade, więzadła głosowe ciemne, które przy fonacyi w części przodkowéj nie zupełnie domykają a przez szczelinę tę przeglądają strupy brudnozielone. Przy rozstąpieniu się więzadeł głosowych widać pod obydwoma w całéj ich długości gruby pokład brudnozielony. Przodkowa ściana tchawicy okazuje wysepkowate zaczerwienienie, a na wysokości pierwszych pół pierścieni widać dwa wrzodziki wielkości prosa i kilka brył brudnozielonych. Cuchnienia nie ma. Od czasu do czasu odkrztusza chora małe bryłki pawocin, które wyglądają tak samo jak strupy wewnątrz krtani: jest to zaschły, twardy, brudnozielony śluz, w którym pod drobnowidem widać ciałka śluzu i wielkie kuliste ciała, zupełnie podobne do kul myeliny.

Ponieważ obraz ten nie odpowiadał żadnéj dotychczas znanéj chorobie, a zdawał się mieć największe podobieństwo do przypadku *ozaena laryngo-trachealis*, przedstawionego przez Bagińskiego w towarzystwie lekarskiém berlińskiém, przeto rozpoznano tę chorobę namieniając tylko, że nazwa *ozaena* dla braku cuchnienia jest w tym przypadku niewłaściwą. Skoro przekonano się, że poprzednio zalecone wziewania pary wodnéj za pomocą rozpylacza nie skutkują, polecono choréj jodek potasu, przy używaniu którego strupy z pod lewego więzadła znikły zupełnie, głos stał się mniéj chrypliwym, a górny wrzodzik w tchawicy zagoił się. Widząc to, lubo nie było żadnych podstaw do rozpoznawania kiły, zalecono wcierania szaruchy, jednakże mimo 20 wcierań 2 gramowych strupy raz znikały, drugi raz napowrót wytwarzały się, były jednak mniéj zbite i mniéj obfite. Przy wyjściu choréj z kliniki z końcem marca 1877 r. zauważano dopiero, że podobne strupy tworzą się czasem w nosie, przyczém błona śluzowa nosa okazała się bladą i suchą, a przy badaniu jamy nosogardłowéj znaleziono około nozdrzy tylnych i na tylnéj ścianie gardła również strupy zielone zeschłego śluzu. W obec tego nie ulegało żadnéj wątpliwości, że mamy do czynienia z Stoerkowskim śluzoropotokiem i to z formą rzadszą, która nie wywołuje w krtani spraw przerostowych. Rozpoznanie to nabrało jeszcze większéj pewności, gdy w maju 1877 r. przedstawiła się chora w klinice z dawniejszemi zmianami, obok których można było stwierdzić wybitną *pharyngitis sicca*.

2. N. K. Urzędnik kolejowy z Tarnowa, lat 24 liczący. W dziecięctwie przebywał zołzy. Chorób wenerycznych nie miał żadnych. Skłonny do katarów nosa i do zapaleń gardła. Choroba rozpoczęła się przed rokiem od bólu gardła, który trwał kilka tygodni, pozostawiwszy po sobie ciągłe uczucie suchości; do tego przyłączył się katar nosowy, którego wydzielina zaczęła cuchnąć po kilku miesiącach, a nakoniec dołączyła się chrypka. Badanie (2/7 1877) wykazało dość obfity śluzoworopny odpływ i mierne cuchnienie z nosa, błonę śluzową na przegrodzie nosowéj bladą, na muszlach miernie obrzmiałą i zaczerwienioną, na tylnéj ścianie połyku śluz gęsty ściśle do błony śluzowéj przylegający, migdałki zaczerwienione i obrzmiałe, więzadła głosowe pozbawione połysku a w części przodkowéj nitki śluzu łączące ze sobą obydwa więzadła. Lekka chrypka. Żadnych śladów kiły lub trypra. Przypadek ten uważano jako okres początkowy Stoerkowskiego śluzoropotoku.

3. G. S. żydówka, lat 45 z Podgórza, handlarka. W dziecięctwie miała przebywać zołzy, potem tyfus. Z ośmiorga dzieci żyje tylko dwoje. Od 15 lat ma mieć chrypkę i oddech cuchnący. Przed dwoma laty chrypka spotęgowała się do zupełnego bezgłosu, który

miał trwać kilka miesięcy. Przed dwoma miesiącami miała przeziębić się mocno wpadłszy w śnieg, i odtąd stan jéj się pogorszył.

Badanie w marcu 1877 r. wykazało w nosie objawy śluzoropotoku zanikowego, w gardle *pharyngitis sicca* i nieco małych brudnozielonych strupów, w krtani zaś obydwa więzadła pokryte w części przodkowéj strupami, w tylnéj miernie zaczerwienione a głośnię nie zupełnie domykającą. Chrypka znaczna, cuchnienie przenikliwe. Chora nie przedstawiła się już późniéj.

II. Przyczynek do epidemiologii krajowéj.

Przypadki *Meningitis cerebrospinalis epidemica* we Lwowie obserwowane w r. 1879 i 1880 w szpitalu powszechnym w III oddz. chorób wewn.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**
prymaryjusza szpitala lwowskiego i lekarza ordynującego w IIIcim oddziale chorób wewn. tegoż.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

IV. *Meningitis cerebrospinalis epid., erysipelas faciei, melituria.* Chora przybyła do szpitala dnia 19 stycznia w 6 dniu choroby, umarła 12 lutego, a więc 24 dnia swego pobytu w szpitalu.

Anna G., lat 17 licząca, budowy ciała bardzo silnéj, bardzo dobrze odżywiona, zachorowała nagle przed 6 dniami na silny ból głowy i krzyżów. Bolesność ciała, ból silny i sztywność części lędźwiowéj stosu kręgowego, bóle głowy, kark wyraźnie niesztywny i niebolesny. W płucach i w sercu żadnych zmian, fala tętnicza niska, powolna, gorączka ciągła, rano od 38° do 39°, wieczorem o kilka dziesiętnych wyższa, 2 lutego doszła do swojego *maximum*, przyczém wystąpiła na całéj twarzy rozlana róża, bóle zwiększyły się, stos kręgowy zesztywniał, bóle głowy i silne wymioty. Wyśledzono cukier w moczu alkalicznym. Do 10 lutego róża ustąpiła, natomiast wymioty częstsze, zapad, śpiączka i śmierć 12 lutego. Sekcyja wykazała: *Meningitis cerebrospinalis epidemica fibrinosa, hyperaemia pulm. hep. et renum.*

V. W stanie konania przybyła do oddziału dnia 31 stycznia Katarzyna K., 50 lat licząca i niebadana w kilka godzin umarła. Oględziny pośmiertne wykazały: *Meningitis spinalis et cerebralis convexitatis et basilaris; Pneumonia crouposa totius pulmonis dextri, emphysema et oedema pulmonis sinistri.*

VI. *Meningitis cerebrospinalis epidemica.* Chora przybyła 13 lutego; wyszła zdrowa 10 marca w 26 dniu leczenia w szpitalu.

Anna K., 20 lat licząca, służąca, zachorowała nagle przed dobą. Budowy ciała silnéj, dobrze odżywiona. Ból głowy, kark sztywny, głowa zarzucona w tył pomiędzy łopatki, ból stosu kręgowego bez sztywności, bóle obwodowe przy dotykaniu i poruszaniu bierném. W płucach i w sercu nie znaleziono żadnych zmian. Tętno małe, powolne, miękkie. Gorączka ciągła aż do końca stycznia, rano od 38,5 do 39,8° C., wieczorem najczęściéj 39° C. Z ustąpieniem gorączki ustąpiły prędko objawy chorobowe. Chora opuściła szpital jako zdrowa 10 marca, a 25 dnia swego pobytu w oddziale.

VII. Barbara J. 63 lat licząca, przybyła w stanie konania d. 13 lutego, umarła w kilka godzin niebadana za życia. Sekcyja wykazała: *Meningitis cerebrospinalis epidemica purulenta; Pneumonia cruposa pulmonis dextri; Steatosis cord. hep. lienis et renum.*

VIII. *Meningitis cerebrospinalis epidemica.* Chora przybyła 3 dnia choroby w dniu 1 marca; wyszła zdrowa 8 marca.

Mańka J., 20 lat licząca, budowy ciała silnéj, dobrze odżywiona, zachorowała nagle przed 3 dniami na ból głowy. Badanie wykazało sztywność karku, bolesność stosu kręgowego i obwodową, gorączkę ciągłą, która utrzymywała się przez pierwsze dni pięć między 38° a 39° C.; zresztą ani badanie ani przebieg nie wykazały żadnych innych objawów. Po ustępieniu gorączki ustała sztywność karku i bolesność; jako zdrowa opuściła szpital 8 marca.

IX. *Meningitis cerebrospinalis, endocarditis.* Chora przybyła do szpitala 13 czerwca w 3 tygodniu choroby; umarła 5 dnia po przybyciu do szpitala, tj. 18 czerwca.

Katarzyna W., wyrobnica, 35 lat licząca. Wychudnienie ciała ogólne znaczne; majaczenie, nieprzytomność, rozszerzenie źrenic; sztywność drewniana karku i stosu kręgowego, ból przy ruchach biernych odnóg i stosu kręgowego. W płucach nie znaleziono żadnych zmian. Stłumienie nad sercem zwiększone, nad koniuszkiem szmer skurczowy piłujący, tętno małe, drobne, 80. Ciepłota 13go wieczorna 38,2°; 14go ranna 40°, wieczorna 39,5; 15go ranna 39,5, wieczorna 38°; 16go ranna 38°, wieczorna 38°; 17go ranna 37,5, wieczorna 38°. Brzuch cokolwiek wzdęty, śledziona i wątroba rozmiarów prawidłowych; stolce wodniste, które chora oddaje nieświadomie w łóżku. Liszaj obfity około ust. Leczenie bez skutku. Chora popadła w głęboką śpiączkę z zyzem i zatrzymaniem moczu, stan jéj coraz bardziéj się pogarszał a śmierć nastąpiła 18 czerwca.

Oględziny pośmiertne: *Meningitis cerebrospinalis diffusa fibrinosopurulenta, infiltratio glandul. mesaraic., endocarditis, catarrhus gastrointestinalis.*

X. *Meningitis cerebrospinalis epidemica.* Chora przybyła do oddziału 7 lipca według podania w 6 (?) miesiącu choroby. Do téj chwili jest w leczeniu na oddziale.

Estera W., 18 lat licząca, słabego ciałotworu, wychudnienie ogólne znaczne. Chora leży w łóżku z odnogami dolnemi skurczonemi; drżenie rąk, twarzy i mowy; pamięć osłabiona, odpowiedzi nietrafne. Kark sztywny skinienie głowy niemożliwe, bolesność całego ciała (skóry, mięśni, stawów, brzucha); *fetor ex ore*, język obłożony. Badanie fizyczne narządów jamy brzusznéj dało wynik ujemny. W dalszym przebiegu postrzeżono (dnia 10 lipca) mimowolne oddawanie moczu i kału w łóżku, skrzywienie szyi na prawo i przekrzywienie głowy ku ramieniu prawemu, zapadanie w śpiączkę, tępotę słuchową, stan podgorączkowy; ostre odleżyny (19 lipca) na krzyżach, znaczniejsze skurczenie odnóg dolnych, drżenie rąk, mięśni mimicznych i mowy. Chociaż 21 lipca świadomość choréj pełniejsza a śpiączka ustąpiła, wszelako inne przypady trwają i ogólna odnowa upada daléj.

Podane w krótkości historyje choroby świadczą, że te pierwotne zapalenia błon mózgo-rdzeniowych, tak często przybywające na mój oddział, pochodzić mogą tylko od zakażenia swoistego przez przyrzut lub zaczyn nieznany, który dostał się do Lwowa, i jak zobaczymy równocześnie także do innych miejscowości kraju i tu prawdopodobnie pozostanie przez czas dłuższy.

Wahanie moje w pierwszéj chwili w rozpoznaniu pierwszych dwóch przypadków tłumaczy się tém, że były to w ogóle pierwsze dwa przypadki téj choroby we Lwowie,

że takową znałem tylko z opisu, że pierwsze ślady jéj w kraju naszym były rozpoznane w r. 1874 i 1879 w Chrzanowie i podane w Przeglądzie Lek. z r. 1879. Innych doniesień o jéj istnieniu w kraju nie miałem i dopiero w czerwcu br. dowiedziałem się o tém w Biurze sanitarnym Namiestnictwa od kol. Merunowicza.

Według notatek, jakich mi, uprzejmie udzielił: epidemiczne zapalenie błon mózgordzeniowych obserwowano pierwszy raz w kraju naszym, jak już wspomniałem, w Chrzanowie w powiecie krakowskim w r. 1874 i powtórnie w r. 1879.

Ostatnia epidemija została opisaną przez Dra Bendę i Dra Warschauera w Przegl. Lek. z r. 1879 na str. 247 i 336.

W roku 1880 d. 1 stycznia wybuchła epidemija w mowie będąca w Russocicach (pow. krakowski), gdzie zachorowało ogółem osób 15, z których umarło 8, wyzdrowiało 7; d. 12 stycznia w Zalesiu gorzyckiém (pow. tarnobrzeski), gdzie w jednym domu zmarło na tę chorobę troje dzieci w ciągu jednego tygodnia. Dom ten był poprzednio zalanym przez ośm dni przez Wisłę. W ostatnich dniach grudnia 1879 r. w Lubaczowie (pow. cieszanowski) było przypadków 6, z których umarło 5, w wieku od 3 do 13 lat; w lutym w Lubyczy (pow. rawski) liczba chorych 26, z tych umarło 12, w wieku od 1go roku do 50 lat, sami starozakonni; w Rawie, trzy przypadki, z których umarł 10cio letni chłopak, syn mieszczanina, wyzdrowiał zaś 40-letni żyd i 2½-letni chłopiec żydowski z pozostałą zézowatością oka prawego. Ponieważ pierwsze przypadki rozpoznane we Lwowie zdarzyły się w końcu grudnia 1879 r., tak jak w Lubaczowie, a wszystkie inne później, ztąd wnosić należy, że przyrzut istniał już równocześnie na wielu punktach kraju, przynajmniéj niezawodnie na tych, gdzie choroba rzeczywiście wybuchła.

Historyczne i geograficzne szerzenie się téj choroby w Europie, zaniesienie jéj przyrzutu do Stanów Zjednoczonych północnéj Ameryki, do Algeryi, Gibraltaru, do Smirny, do Jerozolimy, do Irlandyi, Danii, Szwecyi i Norwegii, dowodzi stanowczo, że jest chorobą infekcyjną. W epidemijach francuskich dowiedzionem było jéj przeniesienie z miejsca, gdzie panowała, do innych odległych miejscowości i to przez wojsko. Do nas mogła ona przybyć z sąsiednich krajów zachodnich, za czém przemawia jéj pierwotne pojawienie się w Chrzanowie. W Austryi pojawiła się we Wiedniu 1865, w Poli 1866, w Lissie 1866 i w tymże roku w Tryjeście. Nieco wcześniéj, bo w r. 1863, wybuchła w Odmuchowie na Szląsku, w Bydgoszczy i w Gdańsku; następnie pojawiła się w licznych punktach Niemiec, gdzie dotąd sporadycznie istnieje. Dokładną historyję postępów téj epidemii w czasie i przestrzeni znajdzie czytelnik zestawioną w dziele Hirscha (*Handb. d. histor. geogr. Pathologie* T. 2, str. 636 i nast.) i w każdym podręczniku większym patologii szczególnéj. Historyja téj epidemii może nas tu o tyle obchodzić, o ile faktem jest, że dopiero w roku bieżącym nawiedziła nasz kraj stanowczo na kilku punktach spółcześnie i że zawleczoną została z Niemiec. Pojawiła się też za Karpatami na Węgrzech w tym roku. (*p. „Wiener mediz. Presse“* Nr. 29 str. 941).

Epidemije zapalenia błon mózgordzeniowych bywały zawsze małe: największa liczba chorych (234) przypadła na epidemiję strasburską, według podania Wunderlicha (*Path. u. Ther.* T. III, 1 oddz. str. 507); według Hirscha (l. c.) największa liczba chorych (154, 190, 160) była w epidemii wersalskiéj z 1839 r., w Aignes-Mortes 1841, w Strasburgu 1840. Wszelako średnia liczba chorych w epidemijach poszczególnych niedochodziła do 100, często bywało chorych tylko kilkunastu lub i kilku. To prawidło nieliczności przypadków zachowały także epidemije nasze i epidemija lwowska, któréj, że się tak wyrażę, próbkę obserwowałem w szpitalu tutejszym.

Jakkolwiek na szczęście choroba ta niewielką liczbę ludzi dotyka, porywa ona natomiast wielką liczbę chorych, którzy padają jéj ofiarą. Najmniejszy procent śmiertelności (Hirsch) wynosił 37%, największy 70%. Nasza próbka szpitalna téj epidemii dochodzi do téj największéj, jakkolwiek mieliśmy dwa przypadki, które przybyły w okresie konania, w których i zapalenie płuc niezawodnie przyczyniło się do zejścia śmiertelnego w krótkim prawdopodobnie czasie.

Choroba w mowie będąca lubi bardzo łączyć się z zapaleniem płuc, albo co na jedno wychodzi, stanowi jéj pospolite powikłanie. Mnieby się nawet zdawało, że takie powikłania jak zapalenie stawów, osierdzia lub śródsierdzia, (jak w naszych przypadkach) zapalenie płuc, należałoby odnieść do spólnéj przyczyny zakażenia jednego i tego samego. Wszakże inne choroby zakaźne w swoich umiejscowieniach, klinicznie widocznych, bywają często wielomiejscowemi, np. choroby osutkowe przechodzą niekiedy na błony śluzowe przewodów oddechowych, dróg moczowych *(sic)*, niemówiąc już o gośćcu, który jeszcze dotąd do zakaźnych chorób nie jest zaliczony, a który przynajmniéj do sezonowych endemicznych niewątpliwie należy.

Zapalenie błon mózgordzeniowych wchodzi według podania w kombinacyje z tyfusem, z malaryją, z chorobami osutkowemi, z cholerą, o czém oczywiście nic nie mogę powiedzieć, skoro takich przypadków sam niepostrzegłem dotąd.

Etiologija téj choroby niewiele nas poucza: wiadomo tylko, że co do przyczyn usposabiających wiek nie zdaje się być decydującym. W niektórych epidemijach bywają dotknięte dzieci, w innych osoby różnego wieku, nawet po roku 50 życia, jak np. w naszéj. Wszelako wiek młodzieńczy byłby może odszczególniony, gdyby nie ta okoliczność, że w epidemijach koszarowych właśnie wiek młodzieńczy jest najliczniéj przez żołnierzy (rekrutów) reprezentowany.

Płeć podobno męzka ma bardziéj podpadać téj chorobie, czego wcale nie mogę porównywać, gdyż w naszym szpitalu istnieje zupełna separacyja pomiędzy obojgiem płci na oddziałach chorób wewnętrznych, tak że lekarz ordynujący na oddz. I nigdy nie widzi kobiet, lekarze zaś ordynujący na oddz. II i III nigdy znowu nie widzą w swoich oddziałach mężczyzn chorych.

Zatrudnienie także nie wpływa na usposobienie do téj choroby, a jeżeli w niektórych epidemijach sami prawie żołnierze byli dotknięci, to można tę okoliczność odnieść do mieszkań koszarowych, źle wentylowanych, przeludnionych, do trudów ćwiczeń wojskowych, marszów wyczerpujących siły nerwowe i mięśniowe.

Co do klimatu żadnéj nie dostrzeżono różnicy stanowczéj, chyba że ta choroba dotąd nie przekroczyła jeszcze 60° szerokości północnéj a 35° południowéj w półkuli wschodniéj; w półkuli zaś zachodniéj szerzyła się pomiędzy 30° i 48° północnéj szerokości (Netten Radcliffe).

Pora roku zimowa najbardziéj sprzyja jéj szerzeniu

się: na 216 wybuchów miejscowych we Francyi i w Stanach zjedn. przypada 166 pomiędy grudniem a majem. W Szwecyi na 417 przypada 311 w téj saméj porze roku, reszta na drugą połowę roku. To samo prawidło występuje chociaż słabo w naszéj próbce.

Grunt i topografija miejsca żadnego niewykazuje wpływu usposabiającego. Inaczéj rzecz się ma z warunkami zdrowotnemi, w niektórych bowiem epidemijach byli dotknięci tą chorobą głównie ci, którzy cierpią niedostatek w odzieniu, w mieszkaniu, w pożywieniu, którzy obciążeni są pracą wyczerpującą ich niski stan sił. Jednakowoż choroba nie oszczędza znowu bynajmniéj osób, które żadnego w powyższych względach nie cierpią niedostatku lub braku.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Czyżewicz (we Lwowie): **Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1877. Lwów 1880 str. 33 w 8ce z tablicami.**

Przystępując do zdania sprawy z broszury, którą właśnie mamy przed sobą, musimy najpierw wyrazić naszą radość, że sprawozdania o stosunkach zdrowotnych Galicyi pojawiają się od lat kilku regularnie i to coraz regularniéj, za co należy się wdzięczność c. k. krajowéj Radzie zdrowia, a przedewszystkiém układającemu te sprawozdania Prof. Dr. Czyżewiczowi. Każdoroczne bowiem sprawozdanie przyczynia się do tego, że lepiéj poznajemy tak wiele do życzenia pozostawiający stan sanitarny naszego kraju i nowe nasuwa, myśli co do poprawy tegoż, a chociaż czynione uwagi nie odnoszą na razie skutku, to samo poznanie niedostatków nie jest bez korzyści, zwłaszcza, że każdy wytknięty niedostatek poparty jest urzędowemi liczbami, w oczy bijącemi.

Jeżeli rok rocznie sprawozdania liczebnie wykazywać będą, że stan zdrowotny Galicyi coraz więcéj się pogarsza, to ostatecznie nie będzie to mogło nie zwrócić uwagi dotyczących Władz i skłoni je do usunięcia przynajmniéj najważniejszych wpływów szkodliwych.

Sprawozdania z lat poprzednich ocenialiśmy przychylnie, toż samo musielibyśmy powtórzyć i o tém, które mamy przed sobą,—przejdziemy więc tylko pokrótce treść jego. Sprawozdanie za r. 1877 rozpoczyna się od uwagi, że w tym roku nie przeprowadzono w kraju naszym żadnych ulepszeń pod względem sanitarnym i przechodzi następnie do cyfr dotyczących śmiertelności. W r. 1877 zmarło w Galicyi 192.875, odsetek śmiertelności zwiększył się o 0·03%, tj. gdy w roku wynosił 3·52%, to w r. 1877 wynosił 3·55%. Największa śmiertelność była w powiatach nadgranicznych od strony Bukowiny i w powiecie brzeżańskim, który od lat kilku zawsze wysoką wykazuje śmiertelność. Sprawozdanie zwraca uwagę na to, że w znacznéj liczbie przypadków śmierci (31·6%) nie oznaczono całkiem przyczyny śmierci. W niektórych powiatach na choroby nieoznaczone przypada przeszło 60%, np. w powiecie podhajeckim 63·5%, a gdy do tego doda się jeszcze 25·5% zmarłych na brak sił żywotnych, to okaże się, iż zaledwo w 11% wszystkich przypadków podano dokładną przyczynę śmierci. Niestety liczba ta przypadków, w których nie podano przyczyny śmierci w roku, do którego odnoszą się podane liczby, wzmogła się w porównaniu do roku poprzedzającego.

Przy zestawieniu przyczyn śmierci z ostatnich lat 7miu widzimy, że choć powoli, ale stale, podnoszą się rubryki dzieci nieżywo urodzonych, zmarłych dla braku sił żywotnych, osób zmarłych na gruźlicę płuc, daléj w skutek przypadkowych uszkodzeń i samobójstwa. Pierwsze trzy zdają się świadczyć o słabnięciu generacyi, czwarta o rozwoju przemysłu, choć w małym stopniu i połączonemi z tymże uszkodzeniami przez maszyny, a nakoniec piąta o tém, że warunki życia stają się coraz przykrzejszemi.

Co do nieżywo urodzonych to uderzającą jest okoliczność, iż we Lwowie dzieci nieżywo urodzonych było w ciągu roku 207, gdy w Krakowie tylko 70.

Sprawozdanie nader słusznie zwraca daléj uwagę na nieodpowiednią rubrykę wykazów statystycznych: „nagłych śmierci naturalnych z przyczyny niewykazanéj", tém bardziéj, że w rubryce téj pomieszczono stosunkowo wiele przypadków śmierci. W niektórych powiatach znaczna liczba przypadków do téj rubryki zaliczonych nadto odbija od małéj ilości wykazanych zbrodni, z tego też powodu sprawozdanie zwraca na to uwagę c. k. lekarzy powiatowych i c. k. sądów.

Co do chorób nagminnych to było ich w Galicyi w r. 1877 nader mało. Sprawozdanie podaje cyfry odnoszące się do tych epidemij, których istnienie urzędownie stwierdzono a mianowicie podaje cyfry odnoszące się do błonicy, płonicy, durzycy, krztuśca, ospy, odry i czerwonki.

W dalszych ustępach sprawozdanie omawia liczbę lekarzy, weterynarzy, aptekarzy, położnych, liczbę szpitali, liczbę głuchoniemych, liczbę obłąkanych, przechodzi zakłady dla obłąkanych, położnic, domy przytułku, zakład krowianki Dr. Lecha itd.

(Dok. nastąpi).

Dr. Heitler: **O uleczalności suchot płucnych i o łączeniu się gruźlicy z innemi chorobami.**

Czy suchoty płuc są uleczalne? Na to pytanie stara się H. odpowiedzieć nie ze stanowiska klinicznego i terapeutycznego, lecz na podstawie zmian anatomiczno-patologicznych, jakie często napotykamy w płucach przy sekcyjach zwłok u ludzi, którzy niekoniecznie zmarli na suchoty płuc, a które stanowią dosyć wyraźny obraz sprawy chorobowéj przebytéj, ukończonéj czyli mówiąc klinicznie, suchot wyleczonych. Z obfitego materyjału, jaki się znajduje w zakładzie anatom. patologicznym wiedeńskim, korzysta H. w ten sposób, że przegląda protokóły sekcyjne z całego dziesięciolecia, tj. od r. 1869—1879, i z nich zestawia razem przypadki, w których, oprócz innych zmian chorobowych, zanotowano: „*Tuberculosis pulmonum obsoleta*" a śmierć z innéj nastąpiła przyczyny, i w których znaleziono przeważnie w szczytach płuc większe lub mniejsze guzy z tkanki modzelowatéj, zawierające wewnątrz drobne guzki albo masy serowate i kredowate, nawet jamy różnéj wielkości, pominął zaś przypadki, w których jedynie znaleziono zrosty albo bliznowate skurczenia w szczytach płuc, nie uważając je za pozostałości po suchotach płucnych. Wprawdzie i owe kawałki tkanki modzelowatéj w płucach niekoniecznie powstać musiały w skutek przebytéj gruźlicy i możnaby je także uważać za wynik jakiejś sprawy zapalnéj lub miejscowego ograniczonego rozdęcia oskrzela; nierównie częstsze atoli umiejscowienie suchot płucnych i gruźlicy w szczytach płuc upoważniło autora do uważania zmian tych za gruźlicze, zwłaszcza że przy-

padki pominięte w wykazie, jakoto zrosty i niewielkie bliznowate skurczenia w szczytach płuc, stanowią niejako wzajemną kompensatę.

Otóż w 16·562 protokółach sekcyjnych znalazł H. 789 przypadków tu należących, tj. u 505 mężczyzn a 280 kobiet, w wieku od 13 do 105 lat, którzy zmarli z pięćdziesiąt kilku różnych chorób a w płucach ich znaleziono większe lub mniejsze zbite, ciemnym barwikiem upstrzone modzele, zawierające w sobie rozsiane lub gęsto obok siebie leżące żółtawo szare guzki albo serowate lub kredowate masy albo wreszcie jamy od wielkości orzecha laskowego do wielkości jaja kurzego, z treścią płynną, stałą lub kredowatą, w wielu także razach w tkance modzelowatéj nic się nie dało wykazać; w 655 przypadkach zajmowały powyższe zmiany oba płuca, w 69 tylko prawe, w 65 tylko lewe płuco, w przeważnéj liczbie zajęte były tylko szczyty płuc. W 3 przypadkach zanotowano wygojone wrzody gruźlicze w krtani, w dwóch przypadkach zabliźnione wrzody w kiszce grubéj wstępującéj, a w siedmiu zmiany pozostałe po wrzodach w kiszce cienkiéj.

Z poszukiwań swoich wysnuwa H. następujące wnioski: Gruźlica płuc, a nawet innych narządów, może być wyleczoną w każdym wieku życia, nawet wśród bardzo niekorzystnych warunków; częściéj następuje wyzdrowienie w formach przewlekłych, bardzo rzadko w formach ostrych i można powiedzieć, że przypadki przebiegające przewlekle posiadają zawsze skłonność do wygojenia się, ta jednakże zniweczoną bywa przez rozwijanie się procesu takiegoż w innėm miejscu płuca. Od czego jednak zależy ustąpienie sprawy chorobowéj i wygojenie zmian już powstałych, trudno orzec, to tylko zdaje się być prawdopodobném, że jeżeli sprawa gruźlicza przekroczy pewną granicę, wyleczenie już nie jest możebném, a odnosząc to do zmian w płucach przypuszcza H., tak na podstawie zmian anatomicznych jak i spostrzeżeń na chorych, że dopóki sprawa gruźlicza nie przekroczy płatu górnego płuc, można jeszcze myśleć o wyleczeniu zupełném. Że gruźlica w innych narządach również może ustąpić, dowodzą tego częste przypadki blizn po wrzodach gruźliczych napotykane w krtani albo w jelitach, mimo że gruźlica w płucach nie ustąpiła i śmierć chorego sprowadziła; zresztą wyleczone wrzody gruźlicze w krtani opisali Waldenburg, Stoerk i inni, a H. widział zabliźnienie się wrzodu gruźliczego na języku na kilka dni przed śmiercią suchotnika. Trudniejsza sprawa z gruźlicą prosówkową ostrą, a chociaż w ostatnich czasach przeczą niektórzy bezwzględnéj nieuleczalności téjże i podają przypadki jak Wunderlich, Empis, Lebert i Burkart wyleczonéj gruźlicy prosówkowéj, to przecież przyjąć trzeba podania ich z pewném niedowierzaniem, raz że gruźlicę ostrą za życia trudno rozpoznać zwłaszcza taką, która się kończy wyzdrowieniem, powtóre brakuje przypadkom powyższym niezbitych dowodów, że zmiany, po śmierci znalezione, pochodzą jedynie od gruźlicy prosówkowéj.

W końcu zastanawia się autor nad kombinacyją gruźlicy z różnemi innemi chorobami i nie może się zgodzić na poglądy Rokitańskiego, który w r. 1838 przypuszczał, że istnieją pewne choroby, jak np. rak, wady serca, tętniaki itp. które wykluczają gruźlicę a jeżeli u gruźliczego wystąpią, ta ostatnia nie rozwija się więcéj; zwraca jednak uwagę na bardzo często obok gruźlicy napotykaną wątrobę ziarninową *(granulirte Leber)*, nie widząc między obiema sprawami chorobowemi żadnego związku. *(Wiener Klinik. 10 Heft.* 1880).

Dr. T. W.

Pautyński: **Pilokarpin i Homatropin.**

Homatropin, najnowszy bo zaledwie przed rokiem odkryty środek leczniczy, ma według swojego wynalazcy Prof. Ladenburga w Kielu, działać tak jak atropin z tą jednak różnicą, że nie jest jadowity, a działanie jego trwa krócéj. Tweedy, który badał jego działanie fizyjologiczne, znalazł, że lek ten u zwierząt, o ile wpływa na cały ustrój, działa głównie na rdzeń pacierzowy i poraża ośrodki tamujące położone w mięśniu sercowym. U człowieka zwalnia on czynność serca i czyni ją nieregularną, a mniéj od atropinu zobojętnia działanie pilokarpinu. Pod względem miejscowego działania na oko potwierdza Tweedy zdanie Ladenburga z tym dodatkiem, że sposób działania jego nie zgadza się w zupełności z słabym rozczynem atropinu. Götz wyprowadził ze swoich doświadczeń następujące wnioski: 1) Homatropin zgadza się co do sposobu działania zupełnie z atropinem rozszerzając źrenicę i porażając akomodacyję; 2) Różni się od atropinu co do przebiegu działania, bo przy równym niemal stopniu działania jest czas jego trwania bez porównania krótszy; 3) Rozczyn 1% homatropinu nadaje się najlepiéj do stósowania w okulistyce. Autor robił doświadczenia najprzód na królikach, a następnie na ludziach z $^1/_2$% rozczynem homatropinum hydrobromatum, którego małą ilość otrzymał w tym celu od Mercka z Darmstadtu. Kropla tego rozczynu zapuszczona do oka królika rozszerzała źrenicę widocznie już po 13.6 minutach, rozszerzenie dochodziło do szczytu po 21 minutach, a ustępowało po 24$^1/_4$ godzinach.

U ludzi, dotkniętych cierpieniami już to spojówkowemi już téż śródocznemi, źrenica zaczynała się rozszerzać w przecięciu po 19.1 minutach, rozszerzenie dochodziło do szczytu po 30 minutach do 2 godzin, a ustępowało zupełnie po 23.75 godzinach. Znany antagonizm atropinu i pilokarpinu, wzbraniający stósowania ostatniego we wszystkich przypadkach w których wskazane jest równoczesne używanie środków mydriatycznych, zniewolił autora do doświadczeń co do zachowywania się homatropinu w obec pilokarpinu. Doświadczenia te uskutecznione na dwóch chorych kliniki heidelbergskiéj wykazały co do działania pilokarpinu na wydzielanie śliny i potu, że między temi oboma środkami nietylko mniejszy zachodzi antagonizm aniżeli między atropinem a pilokarpinem, jak to Tweedy ogólnie wypowiedział, lecz że homatropin w $^1/_2$% rozczynie nie wstrzymuje wcale wymienionego działania pilokarpinu, a nawet, jak się autorowi zdaje, zwiększa jeszcze wydzielanie potu i śliny. Gdyby się sprawdziła wyższość homatropinu nad atropinem pod względem krótszego trwania rozszerzenia źrenicy, równego z atropinem porażenia akomodacyi, zupełnego braku wszelkiego zadrażnienia spojówki jako też wpływu na cały ustrój po dłuższém używaniu nowego środka, homatropinum hydrobromatum okazałoby się lekiem bardzo cennym nie tylko do rozszerzania źrenicy w celu badania ale także i w celach leczniczych. Dokładniejsze wskazania do stósowania homatropinu podać musi dopiero doświadczenie kliniczne, ale już teraz wyrzec można z niejaką pewnością, że homatropin zastąpi z korzyścią atropin zupełnie nieprzydatny przy równoczesném używaniu pilokarpinu. (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. Septemb.* 1880). *Prof. Dr. Rydel.*

Dr. S. Daniłło: **Przyczynek do anatomii patolog. rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych przy zatruciu fosforem.**

Pomimo, że w ostatnich latach znajomość zmian występujących po otruciu fosforowém znacznie postąpiła, nie zna-

chodzimy nigdzie wzmianki o zmianach, którym ulega rdzeń pacierzowy. D. chcąc przekonać się, czy i o ile rdzeń okazuje zmiany, czynił w pracowni klinicznéj Prof. Mierzejewskiego w Petersburgu doświadczenia na psach zadając im rozmaite dawki fosforu (od $^1/_4$ — 6 ziarn), po których zwierzęta te żyły od 9 godzin do 45 dni. Oględziny pośmiertne odbywały się zawsze w kilka godzin po śmierci, a na podstawie tych oględzin i badań drobnowidowych D. dochodzi do następujących wniosków:

1) Wielkie dawki fosforu, powtarzane w krótkich odstępach czasu, wywołują ostre miąższowe zapalenie rdzenia z wynaczynieniami i wytworzeniem się barwiku.

2) Małe dawki fosforu, zadawane przez czas dłuższy, wywołują ostre rozlane zapalenie rdzenia ze wszystkiemi odpowiedniemi objawami anatomo-patologicznemi.

3) Za pomocą odpowiednich dawek fosforu można dowolnie wywoływać zapalenie rdzenia, czego dotąd *experimenti causa* jeszcze nie uskuteczniono.

4) W otruciu fosforem ośrodki nerwowe zawierają barwik w znacznéj ilości.

5) Ponieważ w otruciu fosforowém w rdzeniu znajdujemy objawy zapalenia miąższowego, więc część objawów występujących za życia ze strony układu nerwowego zaliczyć trzeba na karb rozpoczynającego się zapalenia. *(Pamiętnik Tow. lek warsz.* 1880, IV). *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

(T. W.) W pracowni Bayera w Monachijum otrzymał Fraude z kory Quebracho alkaloid t. zw. Aspidospermin, z którym Penzoldt robił doświadczenia kliniczne na chorych (*Berl. kl. Woch.* Nr. 40) uważając go za jedynie skuteczny pierwiastek w Quebracho. Nie sprawdziły się atoli oczekiwania Penzoldta, bo chociaż aspidosperminowi nie można odmówić wpływu łagodzącego duszność, osobliwie u chorych z rozedmą płuc, działanie kory Quebracho było przecież zawsze prędsze i wybitniejsze, a więc oprócz aspidosperminu znajdują się w korze Quebracho jeszcze inne, a dotąd nam nieznane, skuteczne pierwiastki. Dawka przez Penzoldta używana wynosiła 0.05—0.08.

(T. W.) Jak wiadomo polecano przy róży wstrzykiwania podskórne kwasu karbolowego na granicach skóry różą zajętéj. Ponieważ podobne leczenie przy róży twarzowéj nie da się przeprowadzić poleca Dr. Rothe z Altenburga (*Memorabilien* Nr. 9) zamiast wstrzykiwań podskórnych pędzelkowanie części twarzy cierpiącéj co 2 godziny rozczynem kwasu karbolowego w następującém połączeniu: Rp. *Acid. carbol. cr., Spir. vin. āā* 1.00 *Ol. terebinthin.* 2.00 *Tinct. Jodi* 1.00 *Glycer*, 5.00. Skutek pędzelkowania ma być wyśmienity, a chociaż trudno zapobiedz posuwaniu się róży, to przecież samo pędzelkowanie nie jest bolesne, nie sprawia nawet pieczenia, a skóra już na drugi dzień blednieje i marszczy się. Zwykle ustępowała róża twarzy po 3—4 dniach, przy równoczesném użyciu leków przeciwgorączkowych lub innych, stósownie do wskazania.

(T. W.) Na tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników niem. w Gdańsku Prof. Berthold z Królewca zachwalał bardzo leczenie jaglicy (*Trachoma*) sproszkowanym kwasem borowym przez zasypywanie tegoż na spojówkę oka podobnie jak kalomelu raz na dzień. Skutek ma być bardzo dobry, a przekrwienie spojówki, zaraz po zasypaniu powstające, ustępuje rychło niepozostawiając żadnego bólu.

(y) Leczenie krztuśca (*pertussis*) pulweryzowaniami bromowemi. Dr. Wintreber (*Journal des sc. méd. de Lille)* zaleca pulweryzowania bromkiem potasu w rozczynie wodnym 1:20 dróg oddechowych przez minutę po każdym napadzie kaszlu, to jest wtedy gdy błona śluzowa po wydaleniu śluzu jest przystępną dla działania leku. *(France médicale.* 1880. 52).

(y) *Tinctura podophylini.* Dobell podaje w *Journal de pharm. d'Alsace-Lorraine* przepis na nastój podophylinu twierdząc, że nigdy nie sprowadza złych skutków, jakie się czasem zdarzają przy użyciu podofilinu w pigułkach.

Rp. *Podophyllini 0.10*
Spirit. vini rectificati 60.00
Olei zingiberis guttas duas.

Zażywa się po łyżeczce od kawy w szklance wody, wieczorem kładąc się spać, co drugi lub trzeci dzień w miarę potrzeby. (*France médicale.*1880. 12).

Zehender: Doświadczenia nad wpływem *Physostigminum salicylicum crystall.* na rozmiary źrenicy i akomodacyję. Po zapuszczeniu $^1/_2$% rozczynu do oka spostrzedz można niemal natychmiastowe zwężenie źrenicy, które po upływie godziny dochodzi do swojego szczytu, a jeszcze po trzech dobach wykazać się daje. Po zapuszczeniu dwóch kropli występuje skutek silniejszy i wcześniejszy. Wpływ tego środka na akomodacyję jest wątpliwy i wymaga jeszcze dalszych doświadczeń. (*Klin. Monatsbl. f. Augenh. Juli 1880). Dr. Rydel.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lek. galic.

Posiedzenie XI z dnia 10go stycznia 1879.

Przewodniczący: Kol. Głowacki. Obecnych członków 26.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

2) Kol Przewodniczący wspomina o przysłaniu przez prof. Korczyńskiego w darze dla biblijoteki Towarzystwa, dwóch rozpraw dotyczących spostrzeżeń na klinice krakowskiéj.

3) Kol. Gostyński przedstawił przypadek chirurgiczny wyleczonego złamania na podstawie czaszki.

Dotyczył on strażnika, który przeszłego roku spadł na głowę z 2go piętra z rusztowania. Przywieziono go do szpitala nieprzytomnego i z objawami ogólnego zapadu, który to stan trwał przez dni kilka. Obrażenia zewnętrzne na czaszce były nieznaczne, natomiast krwotok z uszu i wydzielanie się płynu mózgowego kazało się domyślać złamania podstawy czaszki. Gdy wrócił do przytomności, okazały się objawy porażenne na obu dolnych odnogach, które przez dłuższy czas się utrzymywały. Po kilku miesiącach odzyskał zdrowie a obecnie prócz miernéj sztywności w nogach nie ma innych zboczeń.

W dyskusyi namienia kol. Pawlikowski, w jakim stanie znalazł chorego, gdy zaraz po upadku został doń przywołany a kol. Szeparowicz tak tłumaczy wyleczenie tego złamania, iż musiał powstać skrzep zapobiegający wydobywaniu się osocza, poczém nastąpiło zrośnięcie bez ropienia pękniętéj kości, gdy w przylegającém mózgowiu powstało żółte rozmiękczenie a w skutek tego mała utrata jego istoty.

4) Kol. Szeparowicz miał wykład: „O urazowém zapaleniu błon mózgowych" (*meningitis traumatica).* W wykładzie opisał przebieg wspomnianéj choroby obserwowany w szpitalu u chorych w oddziale chirurg. i porównywając takowy z opisami podanemi przez innych autorów, wykazuje już to zgodność, już téż niezgadzanie się pojedyńczych objawów. Zastanowiwszy się daléj nad sposobem postępowania w téj chorobie, zwraca się do Zgromadzenia z zapytaniem, czy usprawiedliwia trepanacyję w obec podejrzenia nagromadzenia się ropy w daném

miejscu a w szczególności zapytuje kolegów zajmujących się chorobami wewnętrznemi, czy spostrzegali kiedy w obec zapalenia błon mózgowych zjawiska ogniskowe, tj. czy znajdowało się porażenie połowicze na odwrotnéj stronie zajętéj półkuli. Dodatkowo wspomina o synie jednego z tutejszych lekarzy, u którego w skutek urazu, atoli bez przystępu powietrza do błon mózgowych, powstało ropne zapalenie błon mózgowych ze śmiertelnym wynikiem, wszelako porażenia połowiczego nie było.

W dyskusyi kol. Widmann uznał, iż trepanacyję zarówno z cięciem tchawicy cenić należy, ponieważ obie mogą uratować życie chorego wtenczas, kiedy nic innego zastósować już nie można. Co do drugiego pytania to odróżnia *meningitis basilaris* od *meningitis convexitatis* namieniając, iż pierwsza często nie przedstawia wcale wybitnych objawów i najczęściéj bez gorączki przebiega, zwłaszcza *meningitis tuberculosa*, podczas gdy druga odznacza się gorączką, na co Wunderlich nacisk kładzie. W niéj spotykał porażenia jednostronne przeciwległe i to w r. 1875 w tutejszym szpitalu.

Kol. Laskiewicz zapewnia, że w przypadkach obserwowanych w zakładzie dla obłąkanych nie znajdował podniesienia ciepłoty w *meningitis convexitatis*, podczas gdy w *meningitis tuberc. basil.* nieraz je stwierdził.

Kol. Widmann tłumaczy wystąpienie gorączki w *mening. tuberculosa* zmianami gruźliczemi w innych narządach.

Dr. Apolinary Tarnawski,
Sekretarz.

Posiedzenie XII z dnia 24go stycznia 1879.

Przewodniczący: Kol Głowacki. Członków obecnych 17 i gość kol. Szalaj.

1) Przeczytany protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. Szeparowicz przedstawił dwóch chorych:

I. Rzadki przypadek choroby skórnéj: *Scleroma adultorum* podobny do stwardnienia skóry noworodków. U kobiety mającéj lat około 40, o lichém odżywieniu i słabéj budowie ciała, cierpiącéj na wspomnianą chorobę już od 5 lat, znajduje się na plecach, w okolicy obu łopatek, w lewéj pasze i na lewéj połowie klatki piersiowéj aż do połowy tegoż ramienia, zwyrodnienie skóry w jednéj ciągłości o brzegach ostro naznaczonych, wystających nad powierzchnię, mających podobieństwo do rysunku kart geograficznych. Zwyrodnienie to jest w miejscach krańcowych mniéj znaczne, budowa bowiem skóry da się tu rozpoznać, jest ona jednak szorstka z naskórkiem zgrubiałym a w dotknięciu dają się wymacać rozlane mniejsze i większe guzowatości, pochodzące od nacieków i przerostów tkanki podskórnéj. Ku środkowi zwyrodnienie skóry bardziéj znaczne, bo cała powierzchnia zbliznowaciała, lub téż ogołocona z przyskórka i twardo naciekła. Na zajętém ramieniu istnieje obrzęk prawdopodobnie z przeszkody w krążeniu po zapaleniu żył skórnych. Klatka piersiowa w miejscu choroby jest cokolwiek zaklęsłą. Do opisanego przypadku przytacza przedstawiający przypadki z literatury.

W dyskusyi przemawiał kol. Szalaj proponując przedstawiającemu użycie podskórne kwasu karbolowego na téj podstawie, na jakiéj ono w wędrującéj róży ma zastósowanie. Owo stwardnienie skóry ma bieg postępujący, może zatém ów przeciwgnilny środek zdoła ograniczyć chorobę, jeżeli ona rozwija się na tle jakiego jadu. Na kwas karbolowy zgadza się kol. Rożański, kol. Feigel proponuje nakłuwanie, sposób zastósowywany w liszaju żrącym.

Kol. Szeparowicz nie spodziewa się po kwasie karbolowym jakiegokolwiek polepszenia, z przyczyny iż owa choroba skórna nie zdaje się mu rozwijać na tle zakaźném a zresztą w obec rozległości, otrętwiałéj formy i długiego trwania prawdopodobnie terapija będzie bezskuteczną.

II. Tenże kolega przedstawił chorego z rzadkim nowotworem oka.

3. Kol. Widmann miał wykład: „O nierównoczesném kurczeniu się sercowych komórek“.

Dr. Apolinary Tarnawski,
Sekretarz.

V. Nasze zdrojowiska a zapowiedziana wystawa balneologiczna w Frankfurcie w r. 1881.

Nikt nie zaprzeczy, iż wystawy, poświęcone pojedyńczym gałęziom wiedzy i przemysłu, są najodpowiedniejszą ich rozwoju dźwignią; iż zdolne są obudzić największy dla ich sprawy interes; a zarazem iż rokują dla nich wszechstronne i najrozleglejsze korzyści.

W obec ważności i znaczenia, jakie przedstawiają wody mineralne: dla umiejętności lekarskich, dla ludzkości i dla narodowéj ekonomii, z prawdziwą radością witamy tę 'najpierwszą wystawę międzynarodową balneologiczną, zapowiedzianą w Frankfurcie nad Menem r. 1881.

Zespolenie na jednêm miejscu wód mineralnych z całego ich obszaru nie tylko ułatwi zapoznanie się z niemi; nietylko może unaocznić: ich mnogość, podobieństwa lub różnice, ich znaczenie i ważność; ale zarazem może pouczyć o wielu ich sprawy dotyczących okolicznościach.

Sam przegląd i porównanie bodaj zewnętrznych przymiotów i oznak, umożliwiania eksportu wód mineralnych, może być wielce przydatném ku ich pożądanéj a naukowéj konserwacyi, a uzasadnić coraz zwiększające się ich spożytkowanie. Cóż dopiero, gdy według programu namienionéj wystawy włączono w jéj zakres wszystko, co tylko dotyczy całego obszaru: balneologii, balneotechniki i balneoterapii. Przedmiotem bowiem wspomnionéj wystawy będą:

1) Wody mineralne z dołączeniem stósunków geologicznych poszczególnych zdrojowisk, tudzież przytoczenie chemicznego rozbioru wód mineralnych.

2) Produkta naturalne, powstające z wód mineralnych jakoto: osady, inkrustacyje, sole,—tudzież wszelkie wyroby, otrzymywane z wód: pastylki, sole, ługi, mydła, — a obok tamtych środki leczniczo-dyetetyczne: przetwory mleczne i kumys, kakao z wszelkiemi jego przeróbkami i połączkami w zastósowaniu do celów leczniczych, koniak, wyciąg mięsny, słodowy itp.

3) Narządy używane ku czerpaniu i piciu wód mineralnych przy zdroju, tudzież wszelkie przyrządy i materyjały, służące do napełniania i eksportu wód rzeczonych.

4) Wszelkie urządzenia, dotyczące wszelkiego rodzaju i gatunku kąpieli zdrojowych i morskich w modelu lub rysunku, tudzież odpowiednie do kąpieli ubrania i bielizna kąpielowa.

5) Narządy do leczeń gazowych i pneumatycznych, tudzież narządy elektro-inhalacyjno- i gimnastoterapeutyczne.

6) Narzędzia wspierające swobodny ruch przy zabawach na wolném powietrzu.

7) Narządy do uskuteczniania tak nieodzownych dla zdrojowisk spostrzeżeń meteorologicznych.

8) Systemy najodpowiedniejszéj dla zakładów zdrojowych kanalizacyi i wywózki nieczystości.

9) Plany i widoki gmachów łaziebnych, domów zdrojowych (*Kurhaus*), hal do picia wód mineralnych, krytych chodników i nakryć zdrojowych.

10) Balneologiczna literatura i statystyka z uwzględnieniem historyi pojedyńczych zakładów zdrojowych, z dołączeniem dawnych ich planów sytuacyjnych, ich widoków, tudzież pierwotnych zarysów zakładu zdrojowego.

Jeżeli komu, to nam wielce zależeć powinno na daniu poznać się szerokiéj publiczności z naszemi wodami mineralnemi. Nasze bowiem wody mineralne niemal zupełnie

nieznane są obcokrajowym lekarzom i zagranicznéj publiczności, — one nie weszły dotychczas w skarbnicę europejskich środków lekarskich, o nich zagraniczni niemal nic jeszcze nie wiedzą, nie znają ich, a zatém i lekceważyć je mogą.

A przecież posiadamy już zakłady zdrojowe: w Birsztanach, Busku, Ciechocinku, Druskienikach, Jaszczurówce, Iwoniczu, Konopkówce, Krynicy, Krzeszowicach, Lubieniu, Morszynie, Nałęczowie, Pustomytach, Rabce, Rymanowie, Sławinku, Slotwinach, Solcu, Szkle, Swoszowicach, Szczawnicy, Truskawcu i Żegiestowie.

Jeżeli przeto pragniemy przerwać martwe o nas dotychczasowe milczenie, jeżeli nie chcemy sami takowego nadal przedłużać, a ściągnąć na siebie zarzutów dla własnéj sprawy: nieudolności, bezradnéj opieszałości i zobojętnienia, jeżeli nie chcemy popełnić jakby samobójstwa dla sprawy i interesu ojczystych wód i naszych zakładów zdrojowych pod nieuniknioną grozą braku dla nich z naszéj strony: uznania, miłości i uczucia patryjotycznego, jeżeli sami nie chcemy renonsować z bytu polskich wód mineralnych, jeżeli chcemy dowieść, iż umiemy sami kochać a cenić co ojczyste a pożyteczne, postarajmy się godnie przedstawić nasze wody i nasze zdrojowiska na wystawie balneologicznéj. Jedyna to sposobność czynem przemówić za granicą w interesie ojczystych wód i naszych zdrojowisk, a ileż nam samym z umiejętnego przeglądu rzeczonéj wystawy wiedzy i pożytku w sprawie ojczystych zdrojowisk nie spodziewać się? Ileż bowiem i jakichże to wzorów ku udoskonaleniu naszych zakładów nie nastręczy nam wspomniona wystawa?

Ufamy, a nawet pewni jesteśmy, iż Komisyja balneologiczna, w łonie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego istniejąca, gorąco a umiejętnie zajmie się tą sprawą, tak rdzennie, bo moralnie i materyjalnie, nasze zdrojowiska obchodzącą. Niechaj Komisyja balneologiczna wpłynie a nakłoni zarządy naszych zdrojowisk do wzięcia najogólniejszego udziału we wspomnionéj wystawie, jako w żywotnym, ich własnym interesie. Nasze lekarskie Towarzystwa niechaj ją poprą i dopomogą, niechaj nasze lekarskie i inne krajowe czasopisma pouczą zarządy naszych zdrojowisk o wielkiéj doniosłości całéj téj sprawy dla ukochanego naszego kraju. Bodajby zorganizowano zbiorową ekspozycyję polskich wód mineralnych na zapowiedzianéj wystawie balneologicznéj w Frankfurcie, a spełnimy rzetelny krajowy obowiązek i istotną dla kraju przysługę.

Dotychczas zgłosił się już Zakład zdrojowy krynicki ze swym współudziałem w namienionéj balneologicznéj wystawie.

Dla objaśnienia dodajemy, iż termin do zgłaszania współudziału i zamawiania miejsca na wystawie w Frakfurcie jest do 31 października 1880 r. pod adresem: *„An das Comité der balneologischen internationalen Ausstellung in Frankfurt a. M.“*, iż rzeczona wystawa trwać będzie od 1go maja do 30 września 1881 r.; przedmioty na wystawę przyjmowane będą od 15 marca do 15 kwietnia 1881 r., iż opłata za użyte miejsce na wystawie, czylito na stole czyli na ścianie budynku wystawowego, wynosi 10 mrk. za 1 metr □, nareszcie iż komitet wystawowy postarał się o zniżenie opłat na kolei żelaznéj od przewozu przedmiotów wystawowych, tudzież o uwolnienie takowych od cła wchodowego.

Dr. Zieleniewski.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w ciągu pierwszéj połowy miesiąca października 1880.

Rodzaj choroby	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem września	przybyło	z tych: wyzdrowiało	z tych: umarło	z tych: pozostało w leczeniu: chorych	z tych: pozostało w leczeniu: w gminach
Ospa	5	6954	8	32	14	5	21	4
Odra	16	20358	80	547	221	23	383	13
Płonica	31	52477	190	437	302	82	243	25
Błonica	24	27968	59	183	77	110	55	15
Dur brzusz.	13	12303	68	115	68	14	101	10
Dur osutkow.	3	3315	31	7	25	1	12	2
Krztusiec	17	14217	297	179	93	4	379	12
Czerwonka	99	87560	361	508	1369	674	109	58

Czerwonka zmniejsza się, śmiertelność = 8%; pozostali chorzy głównie znajdują cię w powiecie grodeckim, złoczowskim, brzozowskim i sądeckim.

Natomiast płonica wzmaga się, głównie w powiecie stryjskim i żydaczowskim, śmiertelność = 13%.

Błonica przeważnie w pow. dolińskim, buczackim, horodeńskim i husiatyńskim, śmiertelność = 45·4%.

Dr. Merunowicz.

(K. G.) Magistrat krakowski ogłasza co następuje (do l. 18230). Doszło do wiadomości Magistratu, że na żądanie krewnych zmarłego odbywa się czasem na cmentarzu głównym krakowskim otwieranie trumien celem pożegnania zmarłego tuż przed spuszczeniem zwłok do grobu. Ponieważ zwyczaj ten nie może być obojętnym dla zdrowia ludzkiego, zwłaszcza gdy zwłoki są w wysokim stopniu zgnilizną dotknięte lub należą do osób zmarłych na choroby zakaźne, przeto Magistrat w myśl swéj uchwały z d. 24 sierpnia 1880 r. zabrania otwierania trumien przed ich spuszczeniem do grobu.

Nie stósujących się do tego rozporządzenia pociągnie Magistrat do odpowiedzialności w myśl istniejących przepisów.

+ Dnia 27 października odbyło się posiedzenie Komisyi sanitarnéj miasta Krakowa. Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia fizyk miasta Dr. Buszek jako sekretarz przedstawił bieżące sprawy i podał do wiadomości: 1) wynik rozbioru Prof. Stopczańskiego wody ze studni w dziedzińcu Magistratu wywierconéj, która zawiera 128 części stałych na 100,000 części wody; 18,46 chloru, 0,6 kwasu azotawego, 16,0 kwasu azotowego, 0,08 amonijaku i 32° franc. twardości stałéj. 2) Odczytał odezwę Komitetu administracyjnego szpitalów krakowskich, w któréj tenże żąda przedstawienia jednego członka do ankiety przez Wydział krajowy powołać się mającéj w sprawie oświetlenia szpitalów krajowych. Wybrano Dra Lutostańskiego i uchwalono zawiadomić Komitet administracyjny o tym wyborze. 3) Dr. Lutostański przedstawił wnioski Komisyi wybranéj do sprawy czyszczenia dołów kloacznych, szluz i kanałów następującéj osnowy: 1) Wywózka nieczystości kloacznych w m. Krakowie, począwszy od d. 1go stycznia 1881 r. wyłącznie ma się odbywać w porze dziennéj za pomocą machin i przyrządów pneumatycznych. 2) Upoważnia się Komisyję pożarną i czyszczenia miasta do bezzwłocznego zakupna niezbędnych dla Krakowa machin i przyrządów pneumatycznych kosztem 9608 złr. 3) Wszystkie doły kloaczne i sluzy kanałowe przynajmniéj cztery razy do roku obowiązkowo mają być czyszczone. 4) Sekcyja ekonomiczna w porozumieniu z sekcyją skarbową obmyśli sposób pokrycia wynikłych ztąd kosztów, urządzi zarząd wywózki i obmyśli środki skutecznego nadzoru téjże, w porozumieniu zaś z Komisyją sanitarną wypracuje regulamin czyszczenia dołów kloacznych, szluz i kanałów oraz instrukcyję służbową. Wnioski te poparł referent obszernemi motywami, w których wykazał niedogodności dotychczasowego czyszczenia miasta, oraz korzyści sanitarne i ekonomiczne pneumatycznego sposobu. Po ożywionéj dyskusyi, w któréj zabierali głos wszyscy zebrani członkowie, Komisyja sanitarna uchwaliła wnioski te jako nagłe przedstawić na najbliższém posiedzeniu Rady miejskiéj, memoryjał zaś ogłosić drukiem. 4) Dr. Kralczyński nawiązując swe przemówienie do przypadku zatrucia się ucznia szkół publicznych chloroformem

nabytym w jednéj z aptek za receptą krzyżykiem podpisaną wnosi, aby Magistrat wezwał Gremijum aptekarskie, iżby w aptekach nie wydawano trucizn i leków silnie działających bez przepisu lekarzy do praktyki upoważnionych lub też świadectwa profesorów zakładów naukowych, jeżeli takowe środki mają służyć do doświadczeń chemicznych.

Statystyka epidemij. W tygodniu 40 (do 2 października) ospa zmieniła się o tyle w Londynie, że nieco więcéj na nią zapadło. Świeżo zapadło 24, umarło 2, leczyło się w szpitalach 95. W Wiedniu umarło 6, w Paryżu 23, w Budapeszcie 6, w Maladze 7, w Madrycie (od 9—15 sierpnia) 41. Z duru osutkowego umarło w Walencyi i Murcyi po 2, w Madrycie (od 9—15 sierpnia) 28. Z biegunek umierało we wszystkich większych miastach o wiele mniéj. W Krakowie umarło w tygodniu 41: z odry 1, z błonicy 1, z duru brzusznego 2, z czerwonki 1, a doniesiono w tymże czasie: o 14 przypadkach płonicy, 3 błonicy, 1 ospy i 2 krztuśca.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 40 (do 2 października) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: w Krakowie 40,8; w Warszawie 29,4; w Poznaniu 27,7; w Wiedniu 23,1; w Budapeszcie 32,6; w Pradze 29,4; w Berlinie 29,8; w Wrocławiu 2.,0; w Mnichowie 24,4; w Gdańsku 32,3; w Dreźnie 21,7; w Lipsku 20,0; w Bazylei 26,5; w Brukseli 23,9; w Amsterdamie 26,0; w Hadze 15,8; w Paryżu 22,5; w Londynie 19,3; w Kopenhadze 28,7; w Stokholmie 31,9; w Odessie 28,4; w Rzymie 39,0; w Wenecyi 20,0; w Bukareszcie 21,3; w Madrycie 41,0; w Nowym Yorku 22,8; w Bombayu 29,9; w Madrasie 37,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 października. Przeglądając czasopisma fachowe, których wcześniéj czytać nie mogliśmy, znaleźliśmy w Nrze 18 „*Kroniki Lekarskiéj*“ sprawozdanie z pracy Dra Rydygiera o martwinie fosforowéj, umieszczonéj w tomie XI *D. Zeitschr. f. Chirurg.* Sprawozdawca nie wspomina ani jednem słowem, że rozprawa ta jest dosłownem tłumaczeniem pracy tegoż autora, umieszczonéj poprzednio w *Przeglądzie Lekarskim.* Mógł o tém sprawozdawca nie wiedzieć, ale czy wolno nie wiedzieć o tém i redakcyi „*Kroniki Lekarskiéj*“? Wszakże na uczynione jéj przez nas zarzuty, że pomija milczeniem piśmiennictwo polskie, odpowiedziała, że czyni to umyślnie, aby lekarzom polskim czytanie czasopism polskich nie uczynić zbytecznem; nam się zdaje, że postępując konsekwentnie w myśl téj intencyi powinna była redakcyja miasto zdania sprawy z tłumaczenia niemieckiego ograniczyć się do podania napisu i odesłać czytelników swoich po treść samą do *Przeglądu Lekarskiego*, przez co możeby nawet samego sprawozdawcę zachęciła była do czytania rozprawy oryginalnéj. Nie mogąc posądzić redakcyi o umyślne, systematyczne pomijanie literatury polskiéj, a więc o zawistniejsze traktowanie jéj od czasopism rosyjskich, niemieckich itd., które w ostatnich zwłaszcza latach skrupulatnie liczą się z pracami polskiemi, musimy koniecznie przypuścić, że nie zna poprostu piśmiennictwa polskiego; *aut-aut, tertium non datur.* Zapewne redakcyja silić się będzie na argument, również przekonywający jak poprzedni; mybyśmy jednak pragnęli, aby przestała opiekować się w ten sposób piśmiennictwem polskiem, a niechaj nam uwierzy, że życzenie to wyrażamy w imieniu wielu kolegów piszących po polsku.

* W dniu dzisiejszym rozpoczęły się egzamina fizykackie, którym przewodniczy protomedyk Biesiadecki. Zgłosiło się tym razem kandydatów 2.

* Z powodu zapytania wystósowanego w numerze przeszłym o powód nie ogłoszenia konkursu na opróżnioną posadę lekarza miejskiego otrzymaliśmy ze strony kompetentnéj wyjaśnienie, że rozpisanie konkursów w ogóle rezerwował dla siebie Prezydent miasta, jak wiadomo obecnie za granicą bawiący. Z tego powodu sprawa ta załatwioną będzie dopiero po jego powrocie.

* **Warszawa**. Temi dniami Dr. Ficki, ordynator kliniki położniczéj, wykonał w klinice operacyję cięcia cesarskiego, z dobrym skutkiem tak dla matki jako i dla dziecka. (*Kur. warsz.*)

* **Wiedeń**. Tydzień bieżący jest tygodniem pojednania dla publicystyki lekarskiéj wiedeńskiéj. Oskarżenia, które miały dwie redakcyje zawieść przed szranki trybunału przysięgłych, cofnięte zostały, a mianowicie prof. E. Klebs w Pradze odstąpił od skargi, wytoczonéj przeciw *W. med. Wochenschr.* o obrazę honoru, skutkiem odwołania ze strony redakcyi, a docent Monti cofnął skargę zaniesioną przeciw *W. med. Bl.*, które mu zarzuciły były plagiatorstwo, — bez odwołania ze strony redakcyi.

* **Mianowania i odznaczenia**. Docent prywatny Dr. Eryk Harnack w Lipsku mianowany został profesorem nadzwyczajnym w wydziale lek. w Hali.

* **Nekrologija**. W Lublinie umarł Dr. Tomasz Żyliński, lekarz powiatowy, w 64 roku życia. Zmarły był uczniem szkoły wileńskiéj, a w Lublinie mieszkał lat 40 i był jednym z najczynniejszych członków tamecznego Tow. lek. (*Gaz. Lek.*)

D. 23 bm. umarł we Wiedniu radca dworu prof. Dr. Gustaw Löbel, prymaryjusz w szpitalu powszechnym, kawaler licznych orderów. Urodzony d. 5 listopada 1817 w Nawarowie w Czechach ukończył on nauki lekarskie w Wiedniu, był asystentem Skody przez lat 13, jednak z powodu hipochondryi nie chciał przyjąć posady przez czas długi. Dopiero w r. 1865 uległ namowom przyjaciół i przyjął posadę prymaryjusza w szpitalu Rudolfa. Powołany do boku Cesarza jako konsultant towarzyszył N. Panu w podróżach do Egiptu, Petersburga i Berlina i posyłany był przez Niego do złożonych ciężką chorobą ulubieńców dworu, jak Deaka, hr. Goluchowskiego itd. Wydal on i opracował na nowo sławne dzieło Skody o perkusyi i auskultacyi, pisywał do rozmaitych czasopism lekarskich i cieszył się wielką popularnością w stolicy, pomimo, że praktyki nie szukał.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 16: Fabiana: O pylicach (*pneumoconioses*) (c. d.) — W *Medycynie* Nr. 43: Klinka: Zapiski terapeutyczne II; Korniłowicza: Kilka przypadków obłędu pijackiego; Chełmińskiego: W sprawie zastósowania lewara do wypuszczania płynów z worka opłucny.

Redakcyja otrzymała:

Dr. L. v. LESSER: Die Chirurg. Hilfeleistungen bei dringender Lebensgefahr. Zwölf Vorlesungen. Leipzig 1880, F. C. W. Vogel, in 8vo str. 195. (Ocenę dzieła tego podamy w jednym z następnych numerów).

Dr. J. SZPILMAN: Ueber das Verhalten der Milzbrandbacillen in Gasen (Osobne odbicie z Zeitschrift f. physiol. Chemie IV. 5) in 8vo str. 20 z tablicą.

Dr. L. KOPFF: Spostrzeżenia nad ostrym gośćcem stawowym. Kraków 1880, in 8vo str. 32. (Osobne odbicie z Przeglądu Lek.)

Dr. J. TYMOWSKI: San Remo jako stacyja zimowa dla chorych na płuca. Warszawa 1880, in 8vo str. 24.

Dra M. Dunin WĄSOWICZ: Krótkie sprawozdanie z uskutecznionych we Lwowie od maja 1879 do końca maja 1880 chemicznych rozbiorów towarów, napoi, używek itp. ciał. (Osobne odbicie z „Kosmosu) in 8vo str. 19.

Dr. ANJEL: Zur Tabes. (Osobne odbicie z Berl. klin. Woch. 1880, Nr. 41) in 8vo str. 6.

Dr. B. WICHERKIEWICZ (w Poznaniu): Zur operativen Behandlung der Scleritis. (Osobne odbicie z Centralbl. f. pract. Augenheilk. 1880); in 8vo str. 8

Dr. J. WARSCHAUER: Pięćdziesiąty trzeci Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Gdańsku 1880 r. (Osobne odbicie z Przeglądu Lek.) in 8vo str. 19

Germond de LAVIGNE: Badania nad winem Saint-Raphaël, Paryż, in 8vo str. 12.

Piśmiennictwo lekarskie. STRICKER u. L. UNGER. Untersuchungen üb. d. Bau d. Grosshirnrinde. M. 1 Taf. gr. 4. Ebd. M. — 70.

TRUMET de FONTARCE A. Pathologie clinique du grand sympathique, étude basée sur l'anatomie et la physiologie. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 7.

WERNHER A. Die Bestattung d. Todten in Bezug auf Hygiene etc. gr. 8 Giessen, Ricker. M. 7.

WERNICH A. Ueber verdorbene Luft in Krankenräumen. Lex.-8 Leipzig, Breitkopf et H. M. — 75.

WIEL J. u. R. GNEHM. Handbuch d. Hygiene. 11 u. 12. (Schluss-) Lfg. gr. 8. Karlsbad Feller. à M. 1. 60.

WOLFF A. Zur Frage der paternen Infection bei hereditärer Syphilis gr. 8. Strassburg, Hagemann et Co. M. 1.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę dnia 3 Listopada br. w sali wykładowéj kliniki lekarskiéj o godzinie 5téj po południu posiedzenie zwykłe, na którém: 1) koll. Korczyński i Domański okażą chorych; 2) kol. Kadyi przedstawi dwa przypadki ważne pod względem nieprawidłowego położenia tętnic.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 6 listopada 1880. № 45. Rok XIX.

TREŚĆ: I. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza. KOHN. Torbiel jajnika. Owaryjotomija. Wyzdrowienie. — II WARSCHAUER. O wartości chlorku pilokarpinu w błonicy. — III. *Oceny i sprawozdania*: Prof. Dr. CZYŻEWICZ (we Lwowie): Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1877. (C. d.) BRUNS. BETZ. GUAITA. WALTER VERDON. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Odcinek*: BULIKOWSKI. O mleczarniach publicznych w celach wyłącznie leczniczych. — WARSCHAUER. Piędziesiąty trzeci Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Gdańsku w r. 1880. (Dok.) — V. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza.

Torbiel jajnika. Owaryjotomija. Wyzdrowienie.

Opisał Dr. Maksymilijan Kohn w Krakowie.

Podając do wiadomości kolegów historyję choroby i rękoczynu przezemnie wykonanego, powoduję się tą okolicznością, że niektóre szczegóły, towarzyszące temu przypadkowi chorobowemu, wydają mi się dość zajmującemi. Przedewszystkiém biorę pochop ze zwyczaju w Niemczech panującego, aby wszelkie większe ogłaszać operacyje, dostarczając w ten sposób do budowy ogólnéj pojedyńczych cegiełek. Następnie zasługują na uwagę stosunki niekorzystne znalezione u choréj w czasie przystąpienia do rękoczynu, w których właśnie znalazłem wskazanie do przyspieszenia operacyi, a w końcu uważałem sobie za obowiązek oddać świadectwo zakładowi, w którym operacyję wykonałem, iż posiadając warunki niezbędne według dzisiejszych wymogów nauki do dobrego rezultatu operacyi, czyni szukanie pomocy u obcych zbytecznem.

Mikowa Anna, wieśniaczka, zamężna, lat 22 mająca, z Soli w okolicy Żywca pochodząca, pozostawiona mi wraz z całym oddziałem przez prof. Madurowicza a przysłana przez lekarza do Krakowa, podaje: iż w 15tym roku życia pierwszy raz miesiączkując od téj pory miewała miesiączkę w regularnych zawsze odstępach czterotygodniowych bez bólów i bez wszelkich nieprawidłowych przypadków. Rodziła dwa razy, nie roniła nigdy. Ostatni poród odbyła w grudniu 1878 r. Oba porody, jak niemniej i każdorazowa ciąża, odbyły się lekko i prawidłowo. Pierwszy połóg był pomyślnym, w drugim jednakże chora spostrzegła, iż brzuch nie wrócił już do dawnego stanu, ale pozostawszy po porodzie większym, później powoli wprawdzie ale ciągle wzrastał, przyczém chora, przez cztery miesiące karmiąc swoję dziecię, przez rok cały po porodzie nie miała miesiączki. Nie przebywszy od lat dziecięcych żadnych chorób, nie kaszle, skarży się na wzrastający ciągle brzuch i duszność występującą głównie wtedy, gdy się kładzie. Nikt z jéj rodziny, o ile jéj wiadomo, na podobną chorobę nie chorował, a dzieci jéj chowają się zdrowo. Stan jéj jest dla niéj męczącym i nieznośnym oświadcza, iż jest przygotowaną na wszelki zabieg operacyjny, aby się go pozbyć. Nie uważała nigdy żadnego guza w brzuchu, i ten wzrastał według jéj podania równo, gdyż nie umie podać czy był wzdętym najprzód po jednéj lub drugiéj stronie. Od roku mizernieje.

Badanie choréj, uskutecznione w dniu 8go lipca 1880, okazało: Kobieta niskiego wzrostu, nader wątłéj budowy ciała, bardzo źle odżywiona, blondyna o ciemnych oczach, ze źrenicami równo miernie rozszerzonemi, z skórą twarzy brudno bladą, charłakom właściwą, w fałdy poukładaną. Błona śluzowa ócz i ust blada, język czysty, wilgotny. Szyja cienka, skóra na niéj wiotka, łatwo w fałdy ująć się dająca, pozbawiona tu, jak również i na odnogach, prawie całkiem podściółki tłuszczowéj; nad żyłami szyjnemi słychać buczenie. Klatka piersiowa miernie wysklepiona, sutki zaledwie wiszącemi fałdami skóry oznaczone. Płuca i serce tak przy perkusyi jak i auskultacyi nie przedstawiają nic nieprawidłowego; przepona wyparta ku górze, tak że w linii sutkowéj między 4tém a 5tém żebrem się znajduje. Brzuch znacznie wydęty jajowato, głównie w wymiarze podłużnym, okazujący szczyt wzniesienia tuż pod pępkiem bardzo wyraźny, boki mniéj, a nawet bardzo mało wydęte, tak że dzieląc przednią powierzchnię brzucha na trzy podłużne części, głównie część środkowa bardzo jest wyniesioną, podczas gdy części boczne nie powoli ale nagle na dół spadają. Skóra brzucha brudno blada jest gładką, poniżéj pępka nieco surowiczo obrzmiałą, żyły w niéj rozszerzone przedstawiają sieć dość gęstą, pępek całkiem wyrównany; skóra wyciągnięta po bokach łatwo, w środku trudno w fałd ująć się daje. Przy macaniu łatwo czuć przez powłoki brzuszne obrzęk wypełniający jamę brzuszną do wyrostka mieczykowatego mostka sięgający, krągły, gładki, konsystencyi elastycznéj, wszędzie jednostajnéj prócz jednego miejsca wiel-

kości dłoni tuż nad prawém więzadłem Pouparta, gdzie konsystencyja jego jest twardszą. W całéj rozciągłości tego obrzęku czuć chelbotanie wyraźne, jednostajne. Pociągając go do góry rękoma położonemi po obu stronach brzucha tuż nad spojeniem kości łonowych (po zesunięciu poprzednio o ile można skóry brzusznéj na dół) czuć wyraźnie większy opór po stronie prawéj i większe wypełnienie okolicy nadpachwinowéj prawéj. Perkusyja wykazuje odgłos zupełnie czczy odpowiednio rozciągłości obrzęku bębenkowy, po bokach i w okolicach lędźwiowych i to bębenkowy w większym rozmiarze po stronie lewéj, niż po prawéj. Odgłos pozostaje dokładnie ten sam we wszystkich położeniach choréj. Auskultacyja daje wynik ujemny.

Wymiary brzucha wynoszą:

Od spojenia kości łonowych do pępka	26	cm.
„ „ „ „ „ wyrostka miecz.	60	„
„ prawego g. p. kolca biodrowego aż do pępka	34	„
„ lewego „ „ „ „ „ „	33	„
Największa objętość brzucha przypadająca na pępek	120	„

Badanie części rodnych wykazało przedsionek blady, wejście do pochwy rozszerzone, ściany pochwy wygładzone, o cieplocie prawidlowéj, część pochwową macicy niżéj ustawioną, ujście maciczne poprzeczne, wrębami opatrzone. Przednie sklepienie znacznie obniżone, po za niém czuć dalszy ciąg macicy niepowiększonéj. Przez sklepienia nie można wyczuć dolnego odcinka obrzęku wybadanego przez ściany brzuszne. Badając sposobem Simona, ręką podczas narkozy wprowadzoną w odbytnicę, czuć dolny odcinek dość dużego ciała kulistego, chełboczący, po prawéj stronie twardszy niż po lewéj, po prawéj stronie niżéj sięgający i bliżéj macicy naprzód pochylonéj położony, a zdający się być w związku z prawym jajnikiem.

Cieplota badanej wynosi 37,5° tętno miernie silne 92, sekrecyja prawidłowa, moczu oddaje przez dobę około 900 cm. sześć. prawidłowego składu.

Na podstawie tego badania rozpoznałem: Torbiel wielokomorowy jajnika prawego (*Kystoma proliferum ovarii dextri*) sądząc, że obok bardzo wielkiego torbiela jednego, tylko twardość wybadana nad pachwiną prawą przedstawi jeden lub parę małych torbieli następowych (*Tochtercysten*) wypełnionych gęstym płynem koloidowym. Rozpoznanie to zostało w zupełności stwierdzoném.

Przedstawiwszy choréj stan rzeczy i uzyskawszy jéj nader chętne zezwolenie na operacyję postanowiłem zrobić pierwéj punkcyję, raz w celu badawczym, a powtóre, aby wypuściwszy parę litrów płynu sprawić ulgę choréj, któréj bezdech już nieco mocniéj zaczął dokuczać. Trzymałem chorą parę dni w łóżku podając jéj potrawy mięsne, małe dawki żelaza, wino, lekkie środki czyszczące i kąpiele. Cieplota i tętno choréj były prawidłowe, tylko bezdech i osłabienie ogólne utrzymywały się.

Dnia 12 Lipca b. r. przebiłem średniéj grubości trójgrańcem brzuch i torbiel w końcu pierwszéj trzeciej części linii prowadzącéj od kolca biodrowego lewego do pępka i wypuściłem sześć litrów płynu ciemnoczerwonego, ciekłego. Ranę z kolca opatrzyłem watą salicylową i przylepcem, brzuch opasałem prześcieradłem odpowiednio złożoném, tworząc w ten sposób opatrunek lekko ściągający. Choréj zaleciłem ścisłą dyjetę i zostawiłem ją przez 3 dni w łóżku. Ciecz wydobyta, badana przez Prof. Stopczańskiego, okazała się cieczą barwy ciemno-krwawo-czerwonéj, oddziaływania alkalicznego, ciężaru gatunkowego 1,022, z znaczną ilością osadu drobno-płateczkowatego, konsystencyi niecіągliwéj, ciekłéj, zawierającą: białkanu sodowego ilość bardzo małą, hemoglobinu w ilości barwiącéj ciecz silnie ciemno, prawie czarnoczerwono, istoty paraglobulinowéj ilość małą, dobrze oznaczalną, związki mineralne w ilości odpowiedniéj solom surowicy z przeważną ilością chlorków. Badanie drobnowidowe wykazało głównie ciałka krwi w znacznéj ilości, samoistne, bez włóknika i istotę drobnoziarnistą paraglobulinową, jak niemniéj liczne kryształki cholestearyny. Skład ten cieczy stwierdził więc jeszcze moje rozpoznanie, przytém u choréj ustał bezdech, rana z kolca zagoiła się *per primam intentionem*, nie było żadnéj reakcyi i powoli przygotowywałem sobie salę i narzędzia do operacyi przeznaczone, pocieszając chorą dobrym stanem po tym rękoczynie i ciesząc się jéj dobrém i spokojném usposobieniem. Jeszcze 16 lipca z rana ciepłota u choréj wynosiła 37,6, gdy wtém w ten sam dzień wieczór podskoczyła na 39,3. Przez następnych parę dni ciepłota choréj zachowywała się jak następuje:

17 lipca	rano	38,0	wieczór	39,3
18 „	„	37,5	„	39,3
19 „	„	38,0	„	39,6
20 „	„	38,0	„	39,5
21 „	„	38,3	„	39,7.

Stan ten choréj naturalnie musiał wzbudzić niepokój, a ponieważ chora ani z początku, ani przez cały czas nie miała dreszczu, ani nawet nie czuła trochę zimna, ponieważ daléj ani śledziona nie była powiększoną, ani znaczne dawki chininu żadnego nie odniosły skutku, brzuch nie był wzdęty, ale owszem po punkcyi znacznie miększy i nigdzie niebolesny, ponieważ przy najściślejszém badaniu zewnętrzném i wewnętrzném nie znalazłem żadnéj zmiany chorobowéj tłumaczącéj to podniesienie ciepłoty, ponieważ w końcu tętno obok tego nigdy 100 na minutę nie przenosiło a chora pytana o uczucie podmiotowe twierdziła, że się ma bardzo dobrze i tylko się jéj „bardzo ciepło“ robi, wykluczyłem wszelki stan zapalny i uznałem stan ten jako skutek wstecznego przeobrażenia ropnego cieczy torbiela po punkcyi, sądząc, że może część próżni przez punkcyję w torbielu powstałéj wypełnioną została powietrzem, które przy nieostrożném trzymaniu kaniuli tamże się dostało i takiego przeobrażenia pierwszym stało się bodźcem. Postanowiłem więc, aby oszczędzić siły choréj i nie dopuścić możebnego zapalenia ropnego saméj ściany torbiela z przebiciem jéj, jak to już obserwować kilkakrotnie miałem sposobność, przyspieszyć operacyję, rokując względnie dobrze i z tego powodu, że przy badaniu po punkcyi odgłos czczy obniżył się był nieco w linii środkowéj, z czego wniosek, że brak zrostów torbiela z otrzewną, przynajmniéj w górnéj jego części, zdawał mi się uprawnionym.

Prymaryjusz Dr. Obaliński uproszony przezemnie do narady, zgodził się w zupełności na moje zapatrywanie, a ponieważ ja także już pokończyłem był moje przygotowania, oznaczyliśmy operacyję na dzień następny, t. j. 22 lipca 1880.

Przygotowania zaś do operacyi były następujące: Dużą w całém słowa znaczeniu salę, na południe położoną, Zarząd szpitala św. Łazarza po przewietrzeniu jéj chlorem i siarką kazał świeżo wybielić i podlogę w niéj świeżo zapuścić, niemniéj dostarczył mi tak pościeli, jak i bielizny na pościel dla choréj i do operacyi a do dalszej potrzeby całkiem nowéj, jak niemniéj zezwolił, aby sala ku temu celowi przeznaczona przez dwa tygodnie stała próżną, za którą to chętnie udzie-

loną mi pomoc szan. Dyrektorowi szpitala winne tu wyrażam podziękowanie. Jak w dalszym ciągu się okaże, choréj méj nie brakło na niczém, bo i pielęgnowanie jéj przez dobrowolne, a pełne poświęcenia, czuwanie Sióstr miłosierdzia było wzorowém, jak niemniéj z uznania godną gotowością Zakład wyjątkowego dostarczał jéj pożywienia, jak drobiu, wina francuzkiego i t. d.

Przez kilka dni ostatnich i salę i wszystką bieliznę Sprayem napełnionym 2% kwasem karbolowym kilka razy dnia karbolizowałem. Gąbki nowe, wygotowane, przez tydzień trzymałem w 5% rozczynie kwasu karbolowego a narzędzia osobiście przezemnie dokładnie czyszczone, a niektóre, jak skalpele, bistury i klamry świeżo polerowane w dzień operacyi włożone zostały w porcelanową miednicę 2% rozczynem kwasu karbolowego napełnioną. Łóżko i stolik, jak niemniéj stół operacyjny kwasem karbolowym zostały wymyte a dla choréj przygotowano opatrunek Listera. W dzień operacyi tak chora, jak operator i posługaczki przeznaczone do posługi podczas operacyi kąpali i ubrali się w suknie nieużywane w szpitalu, a lekarze asystujący i widzowie uproszeni zostali, aby w dniu operacyi przed takową nie zajmowali się wcale chorymi. Sam przypilnowałem posługę do sumiennego mycia rąk mydłem i kwasem karbolowym. Ciepłotę sali, w któréj operowałem i w któréj chora późniéj leżała, wynoszącą w ten dzień 18°, nie uważałem za potrzebne podwyższać. Chorą, która dzień przedtém po użyciu leku czyszczącego *(Ol. Ricini)* i lewatywy została przeczyszczoną, poddałem operacyi na czczo, aby nie miéć trudności z narkozą. W dzień operacyi ciepłota choréj wynosiła rano 38,0.

Dnia 22go Lipca o godzinie 8mej rano przystąpiłem do owaryjotomii przy łaskawéj asystencyi kolegów Drów Obalińskiego, Rosnera, Wasylewskiego, Wilkosza, Kossaka, Kramarzyńskiego i Świątka. W głębokiej narkozie, raz tylko i to jeszcze przed otwarciem jamy brzusznéj, lekkiemi wymiotami przerwanéj, zrobiłem cięcie *in linea alba* między pępkiem a spojeniem kości łonowych 9 cm. długie. Skóra cienka, pozbawiona podściółki tłuszczowéj, brak żył przeciętnych, a tém samém brak krwotoku. Otrzewną na sondzie rowkowanéj mogłem przeciąć linearnie, a w otworze zaprezentował się bez przeszkód biały świecący torbiel. Wprowadziwszy rękę w jamę brzuszną zastałem tak z przodu jak i z boku i w dole torbiel całkiem wolny, z prawego jajnika wychodzący. W górze tylko z przodu nieco i w szczycie torbiela znalazły się zrosty, z których cieńsze i łatwe do oddzielenia posuwaniem płasko trzymanej ręki rozerwałem. Zostały mi tylko dwa miejsca, silniejszy opór i większą grubość przedstawiające. Tych nie chciałem po ciemku rozrywać z obawy, aby możebna obfitość nowo wytworzonych naczyń w tych miejscach nie stała się potém źródłem następowych krwotoków, wolałem podwiązać je w razie potrzeby, a skłaniając się z doświadczenia do zdania Billrotha, iż długość rany nie ma wpływu na przebieg chorobowy, rozszerzyłem cięcie pierwotne przecinając ścianę brzuszną w górę na palcu bisturem gałkowatym o 7 cm. do ogólnéj długości cięcia 16 cm., a oświetliwszy sobie w ten sposób pole działania, przerwałem ręką zrosty i przekonałem się, że nie krwawią wcale, a zajmowały w ogóle powierzchnię otrzewnej wielkości dłoni. Teraz wolny wszędzie torbiel nakłółem troakarem Madurowicza i wypuściłem z niego 19 litrów płynu podobnego do cieczy przez punkcyję otrzymanej, jednak nie tak czystej, tu i owdzie z ciałkami ropy pomięszanej. Torbiel prawie całkiem wypróżniony wyjąłem teraz bez trudności przez ranę brzuszną, a ująwszy wprawdzie nieco grubą, bo z prawą trąbką nieco złączoną, ale za to dość długą szypułkę w klamrę Spencer Wellsa odciąłem nad nią torbiel całkiem krótko. Toaleta jamy otrzewnej nie trwała długo; pięć czy sześć gąbeczek zanurzonych w miednicę przekonało mnie, iż ani kropla cieczy z torbiela nie dostała się tam, ani po dokładném obejrzeniu nie było nigdzie broczenia. Drugi jajnik i macica były prawidłowe. Spoiłem więc ranę brzuszną, któréj brzegi dokładnie do siebie przystawały, pięcioma głębokiemi szwami przez otrzewną przechodzącemi i dwoma powierzchownemi z grubego karbolizowanego jedwabiu, ułożywszy szypułkę w dolnym kącie rany i pomazawszy część jéj nad klamrą położoną rozczynem półtora chlorku żelaza dla uniknięcia jéj rozkładu. Ranę całą pokryłem silkiem, na który i na cały brzuch dużo nakładłem waty salicylowéj, cały brzuch opasując przygotowaną ku temu celowi szeroką od żeber do spojenia kości łonowych opaską flanelową, zaopatrzoną tasiemkami przyszytemi do wiązania. Chorą ułożyłem w łóżku wygrzaném i obłożyłem kamionkami gorącemi, podając jéj zaraz nieco wina. Operacyja cała z narkozą i opatrunkiem trwała 55 minut. Chłoroformu czystego spotrzebowano 30 gramów.

Natychmiast po operacyi wyniesiono wszystkie przyrządy z sali, po obu stronach łóżka w środku sali stojącego ustawiono parawany, otwarto na jakiś czas okno, a przy choréj została tylko Siostra Miłosierdzia. Przez pierwsze ośm dni prócz mnie i Siostry Miłosierdzia, dzień i noc koło choréj czuwającéj, nikt do téj sali nie miał przystępu, kateter choréj sam zakładałem, ciepłotę mierzyła Siostra Miłosierdzia.

Przez dzień pierwszy chora wiele spała; chwilami budząc uskarżała się na lekki ból w okolicy żołądka a pod wieczór na nudności i odbijanie, które za podaniem 0,01 morfinu ustały całkiem. Ciepłota wieczorem wynosiła jeszcze 39,0. Noc spędziła chora spokojnie i spała, mało się budząc. 23go Lipca rano była dość rzeźwą, C.37,3, a więc od tygodnia pierwszy raz tak niską, a i wieczór w ten dzień tylko do 38,0 się podniosła. Opatrunku w ten dzień zmieniać nie było potrzeba, chora cały dzień czuła się dobrze, a przyjmując chętnie i znosząc dobrze nieco mleka i rosołu spała wiele.

Dalszy przebieg choroby był tak dobrym, że rzeczywiście w kilku prawie słowach streścić go można, i tak:

Ciepłota wynosiła	24go	rano	37,0	wieczór	38,0
„ „	25go	„	37,0	„	37,3
„ „	26go	„	37,0	„	37,2

i odtąd zawsze już pozostała prawidłową. Rana zrosła się *per primam intentionem* tworząc bliznę równą jak linię, żaden przewód szwu nie ropiał a 27go odjąłem jeden, 28go dwa, a 29go ostatnie cztery szwy. Dnia 30go Lipca, czyli w 8my dzień po operacyi, chora miała po lewatywie pierwszy obfity wolny stolec a dnia 5go Sierpnia, t. j. w 14 dni po operacyi, odpadła klamra Spencer Wellsa, zostawiając mi już tylko samą powierzchnię szypułki do opatrunku. Ta jednak cierpliwość moja narażała na próbę, gdyż bujała tak żywo, iż tworzyła formalny grzyb parę cm. nad powierzchnię skóry wysoki i nie zmniejszający się ani tuszowany lapisem lub półtorachlorkiem żelaza, ani zasypywany hałunem. Wreszcie zniecierpliwiony przypaliłem go *c. ferro candente*, co nie sprawiało choréj wcale bólu, pożądany odniosło skutek i rozpoczęło się szybkie zabliźnianie, tak że 14go Sierpnia b. r., a więc w miesiąc po operacyi, chora z zabliźnioną zupełnie raną wstała z łóżka. Dałem jéj wtedy dobrze przylegającą opaskę brzuszną z pelotą odpowiadającą długości rany brzu-

sznéj w miejscu świeżéj i podatnéj blizny, jak to widziałem był u kilku owaryjotomowanych nie noszących opaski, podczas gdy u chorych w taką opaskę zaopatrzonych nigdy takiego następstwa nie obserwowałem. Dla podniesienia odżywienia choréj trzymałem ją jeszcze dwa tygodnie w zakładzie a 1go września wypuściłem ją zupełnie zdrową, rumianą i silną.

Niniejszą historyję choroby podaję do wiadomości kolegów z życzeniem, aby chociaż cokolwiek przyczyniła się do spopularyzowania u nas operacyi tyle ważnéj i tak zbawiennéj i do zwrócenia pilniejszéj uwagi na chorobę i u nas dość częstą.

II. O wartości chlorku pilokarpinu w błonicy.

Napisał **Dr. J. Warschauer.**

W Nrze 40tym *Berliner klin. Wochenschrift* Dr. Guttmann z Konsztatu na Górnym Szląsku umieścił artykuł o leczeniu błonicy (streszczony w Przeglądzie Lekarskim przez kolegę Dra Ponikłę). Ktokolwiek artykuł ten przeczytał, zapewne doznał dziwnego wrażenia rozpamiętywając nad tém, ile dziatek rok rocznie pochłania sroga ta i złośliwa choroba! Wiadomo, że u nas w końcu piątego dziesięciolecia obecnego wieku pojawiać się poczęła błonica, i że odtąd albo samoistnie, albo towarzysząc płonicy z większemi lub mniejszemi przerwami występuje, że wydarzają się formy łagodne, groźne i śmiertelne, że błonica pojawia się na pewném ograniczoném miejscu, na połyku, na miękkiém podniebieniu, na czopku, migdałkach, i daléj się posuwa, albo li téż rozpościera się w tylnych nozdrzach, na nakrywkę krtaniową, wstępuje do trąbki Eustachijusza, zstępuje do krtani, tchawicy, wywołuje obrzęki gruczołów podszczękowych, (u nas rzadko wydarza się na spojówce oka), już nie mówię o zakażeniu krwi, o usadowieniu się grzybków w mięśniu sercowym, nerkach i innych trzewach. Cóż więc dziwnego, że każdy z lekarzy po przeczytaniu przerzeczonego artykułu, w którym podano, że na 81 chorych błonicą dotkniętych ż a d e n n i e u m a r ł, pomyślał sobie, trzeba użyć tego środka, trzeba się przekonać o jego wartości, i czy rzeczywiście odznacza się tą skutecznością, o jakiéj pisze autor. Podejrzywać go o zły zamiar nie podobna, bo na cóżby się przydała taka przesada, jeśli bowiem doświadczenie okaże, że lek wspomniony nie ulecza dyfteryi, albo że nie jest skuteczniejszym i szybciéj działającym, aniżeli środki dotychczas w używaniu będące, to wnet o tém rozejdzie się po świecie wiadomość, i narazi go na szyderstwo kolegów! Najodpowiedniejszém było by, aby w klinikach i szpitalach robiono doświadczania na chorych, gdyż w medycynie prawdę dopiero wtenczas poczytać można za istotną i niewątpliwą, jeśli ją klinika i liczne doświadczenia na wielkiéj ilości przypadków dokonane stwierdziły. Doświadczenia wtedy stają się wiarogodnemi, jeśli prócz leku przerzeczonego nie użyto innych środków bądź przedtém bądź współcześnie; jeśli doświadczenia robią się w zakładach publicznych, wtedy to przynajmniéj z e w n ę t r z n e warunki są jedne i te same, zachodzi tylko różnica co do osobniczości każdego chorego.

Przy użyciu nowego leku liczne się nasuwają skrupuły, czy godzi się podawać środek nieznany, nowy, czy się chorego nie narazi przez to na jakie niebezpieczeństwo? zapewne nie wolno nam igrać, hazardować z ludzkiém życiem, nie wolno je narażać na szwank, lecz wiedząc z doświadczenia, że złośliwe przypadki przeważnie kończyć się zwykły śmiercią, mamy nie tylko p r a w o ale nadto i o b o w i ą z e k użycia nowego środka, zwłaszcza że dotychczas w używaniu będące nie odznaczają się pewnym i niewątpliwym skutkiem. Wszakże chinin nieraz zawiódł w chorobach z wysoką ciepłotą połączonych, a jeżeli chinin obniżał ciepłotę, czy to obniżenie nie mogło być skutkiem dobowego falowania ciepłoty? Czy kąpiele zimne, obwijania prześcieradłem w zimnéj wodzie zamoczonym zawsze obnizają ciepłotę? a jeżeli obniżają, czy zawsze usuwają chorobę, czy chorzy mimo tych wszystkich procedur nie zmierają?

Nasuwa się pytanie, jakich należy wybierać chorych do doświadczeń, czy z łagodnym czy ze złośliwym przebiegiem choroby? Jeśli się użyje środka doświadczać się mającego u osoby dotkniętéj łagodną błonicą, a chory wyzdrowieje, to niejeden słusznie twierdzić może, że i takby wyzdrowiał, wszakżeż dość często na szczęście rodzaju ludzkiego wydarza się, że chorzy bez zażycia leku zdrowie odzyskują! Jeśli zadamy lek w błonicy groźnéj, złośliwéj, a skutek będzie pomyślny, to niejeden powie, zkądże pewność, że błonica była złośliwą? Autor wspomnionego artykułu podaje, że chlorek pilokarpinu wstrzymuje rozwój choroby, ogranicza ją, że się nie tworzą po zażyciu onego nabrzęki gruczołów; na to niejeden mógłby wyruszyć z twierdzeniem, że nie zawsze błonica wywołuje owe nabrzęki, i że właśnie w tym przypadku bez użycia pilokarpinu nie byłoby przyszło do nabrzęku gruczołów. Z tych powodów należy wybierać do doświadczeń, o ile można, dopiero co powstałe, świeże przypadki, o których nie wiadomo jaki będzie ich przebieg, nadto należy uważać na wszystkie zmiany, jakie następują, i troskliwie je spisywać, a to dla tego, aby każdy mógł powziąść wyobrażenie, z jakim miało się do czynienia przypadkiem.

Nad tém wszystkiém zastanowiwszy się, powziąłem zamiar korzystać z pierwszéj sposobności; jakoż wnet nadarzył się świeży przypadek, bo dziewczynka dziesięcioletnia zachorowała pewnego dnia popołudniu, a już nazajutrz zrana o godzinie 8méj ją widziałem, i odtąd widywałem ją dwa razy dziennie, a po wizycie natychmiast spisywałem wszelkie zmiany, jakie nastąpiły.

Dnia 10 października dziewczynka, przedtém zupełnie zdrowa, zaczęła się popołudniu skarżyć na ból gardła, dlaczego téż położono ją do łóżka i stosowano na szyję wysychające okłady. Przybywszy dnia 11go rano, znalazłem ciepłotę ciała wynoszącą +39,1° C. tętno 108, błonica zajmuje łuki podniebieniowe, oba migdałki i czopek, chora w nocy spała z przerwami, chrapała, nad ranem były wymioty zielone, osutka widoczna na piersiach, żywocie, grzbiecie i pośladkach. Kropki czerwone szkarłatne, przy uciśnieniu palcem znika na chwilę czerwoność, skóra staje się białą, lecz po usunięciu palca wraca pierwotna czerwoność skóry natychmiast. Zapisałem jéj lek podług wzoru Dra Guttmanna a mianowicie: Rp. *Pilocarpini muriatici 0,02, Pepsini germanici Wittei 0,60, Acidi muriatici guttas duas, Aquae destillatae 80,0, Syrupi Cort. aurantior. 10,0.* Co godzina dwie łyżeczki kawowe, po każdéj dawce zaleciłem dawać taką samą ilość wina węgierskiego silnego. O 4téj popołudniu: Ciepłota ciała +39,1° C. tętno 120. Źrenice nieco węższe niż rano, chora przed mojém przybyciem w y m i o t o w a ł a d w a r a z y, we wymiocinach były strzępki białe liczne, płyn był żółty, po wymiotach spała spokojnie, zaraz po pierwszéj dawce p o-

ciła się na twarzy, a pot spływał po obydwóch stronach nosa, ślinienie obfite, które atoli po wymiotach znacznie było mniejsze, chora skarżyła się na ból głowy w okolicy tyłogłowia, nogi nieco chłodne. Przy oglądaniu ust podniebienie, migdałki zaczerwienione, nabrzękłe, częścią błonicą zajęte, częścią surowiczo naciekłe. W nocy majaczyła, ciepłota +38,5°, znowu raz wymioty nastąpiły, w wymiocinach są małe błonicowe strzępki zawarte, ślinienie obfite trwa aż ku północy, poczém ustaje, poty obfite, swędzenie skóry, skóra pod kolanami przy dotknięciu chropawa, sucha, pragnienie znaczne, w nocy nos był zimny, nogi ciepłe.

12 października rano godzina 8ma. W okolicy czołowéj uskarża się na ból, źrenice zwężone jednakże nie *ad maximum*, język obłożony białawo-szarym mułem, nieco w żółtawy kolor wpadającym, oba migdały pokryte żółtym grubym pokładem (jeśli tu jest mowa o pokładzie, to nie należy sądzić że to jest pokład tak zwany dławcowy, którego znamieniem jest, że go można z łatwością ściągnąć za pomocą szczypczyków, pominąwszy wszystkie inne własności onego, że tworzy błonkę niemal utkania pajęczyny, że blona śluzowa pozbawiona téj błonki nie krwawi, słowem jest to błonka; przeźroczysta pokład, o którym tu jest mowa, jest w przeciwieństwie do dławcowego (krupowego) gruby, zbity, białawo-szaro-żółty, ściśle w treść błony śluzowéj wnikający, żadnym sposobem nie może być oddzielonym, chyba jeśli się rozpadać zaczyna, to go czasem można wyrwać, wówczas też błona śluzowa pozbawiona pokładu przerzeczonego krwawi, i tworzy się wydrążenie, następnie owrzodzenie, jeśli chory zostaje przy życiu). Przy wycharkaniu oddzielają się strzępki wielkości nierównéj, gruczoły podszczękowe nieobrzękłe, głos czysty, osutka obfita nieco bledsza, świąd skóry, mocz zawiera dobrze spostrzegalny ślad białka, chlorki mniéj zbite aniżeli w stanie prawidłowym. Zapisałem większą dawkę leku (0,04 *pilocarpini muriatici*). Wino tokajskie poleciłem dawać po łyżeczce kawowéj, nie tylko po zażyciu lekarstwa, lecz i przez dzień kilkakrotnie, smarować ciało masłem kakowém.

Po południu nastąpiły obfite wymioty, chora skarży się na ból przy połykaniu, który po wymiotach ustąpił. Język pokryty białym mułem, po brzegach zaś i na koniuszku oczyszcza się, nasięk blonicowy żółty wystaje po nad poziom migdałów, przy uciskaniu języka łyżką dla obejrzenia zajętego miejsca odrywają się strzępki, które chora wypluwa, atoli często bardzo pole widzenia jest niewyraźne, gdyż przed nasiękiem błonicowym wprzód przedstawia się dużo śliny, śluzu, które zamglewają widok części zajętych, dla tego téż nieraz dwa i trzy razy zaglądać trzeba, nim się to widzi, co się ma potrzebę widzieć; zwracam uwagę na tę tak drobną okoliczność, bo często widzi się nasięk, gdzie go nie ma, albo nie widzi się go, gdzie jest, dla tego téż lepiéj jest nie ograniczyć się do jednorazowego obejrzenia, lecz kiedy się jest niepewnym, lepiéj dwa a nawet i trzy razy pole widzenia rozpatrzyć. Osutka jasna, ciepłota + 39,7° C., tętno 126, uderzenia serca szybkie lecz wyraźne, pot obfity, ślinienie znaczne, czasem nos bywa zimny, (ogrzewają go ciepłą chustką), nogi ciepłe, podszczękowe i karkowe gruczoły nieco nabrzękłe, chora czuje się swobodną, przytomną, głos nieco zachrypnięty.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Czyżewicz (we Lwowie): **Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1877. Lwów 1880 str. 33 w 8ce z tablicami.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Ostatni obszerny ustęp poświęcono w sprawozdaniu zdrojowiskom galicyjskim. Ustęp ten zajmuje prawie trzecią część całego sprawozdania, pozwolimy sobie nieco dokładniéj podać przegląd tego ustępu, bo dotyczy zakładów nie tylko ważnych pod względem zdrowia, ale i pod względem ekonomicznym, a zwłaszcza, że wytyka niedostatki zakładu krynickiego, które, jako w zakładzie własnością Rządu będącym, względnie najłatwiej dałyby się usunąć.

Sprawozdanie podaje, że liczba gości w zakładach kąpielowych w Galicyi wzmogła się w porównaniu z r. 1876 o 496, a to stosunkowo najwięcéj w Lubieniu, następnie w Żegestowie, Szczawnicy, Krynicy i Iwoniczu. Znaczny przybytek gości, bo o 63·5%, w Lubieniu przypisuje sprawozdanie wkładom i urządzeniu zdroju wedle wymogów. Truskawiec natomiast z powodu przeciwnych okoliczności utracił 41·4% ze swéj liczby gości kąpielowych.

Obszerniéj zastanawia się sprawozdanie nad Krynicą wytykając różne jéj niedostatki i brak wkładów, dla uprzyjemnienia bowiem pobytu gościom zbyt mało w niéj zrobiono. Uwagi co do Krynicy rozpoczyna sprawozdanie od ustępu, który pozwolimy sobie przytoczyć tu dosłownie: „Z większych zaś zdrojów Galicyi największą frekwencyję, bo 42·7% podwyżki wynoszącą, wykazał Żegestów, co tém bardziéj uderza, że Krynica, współzawodnik tegoż utrzymany dziesięć razy większemi wkładami i urządzeniami, położony co do możności rozwoju i wzrostu znacznie pomyślniéj, wykazała tylko 10·0% przybytku. I tu odsetki wykazują bardzo wyraźnie, jaką drogę dla podniesienia zakładu zdrojowego obrać należy i powinny dla Krynicy stać się dotkliwą ale dobrą nauczką“.

Najpierw sprawozdanie wytyka, że dotąd nie podjęto rozszerzenia łazienek i zły stan drogi z Muszyny do Krynicy [1]).

Ciekawym jest ustęp sprawozdania c. k. Rady zdrowia o dochodach, jakie Rząd ma z Krynicy, i o sposobie zarządu temi dochodami. Zarząd kameralny Państwa Muszyńskiego nabył w r. 1800 zarodek dzisiejszego zakładu krynickiego (4.920 sążni gruntu, źródło obecnie głównem zwane i 4 budynki) za kwotę 150 złr. m. k. Włożono dotychczas w zakład 235.000 złr. Dochód zaś czysty w ciągu ostatnich lat 20 podniósł się z kwoty 2.319 złr. 80 ct. do 30.288 złr. 88 ct. pomimo, że administracyję opłacono kwotą 17.712 złr. 14 ct. rocznie. Przynosząc takie dochody od włożonego kapitału Krynica ma prawo domagać się wkładów, bo jest interesem bardzo dla Wys. Rządu korzystnym, trudno téż dla tego zrozumieć tę oszczędność co do wkładów. Wyjaśnienie jéj podaje nam Sprawozdanie o stosunkach zdrowotnych: Krynica wcieloną jest do Państwa kameralnego Muszyny, a ponieważ tego rodzaju majątki w ogóle pokrywają zaledwie

[1]) Tym dwom niedostatkom w roku bieżącym (1880) nareszcie stało się po części zadosyć. Budowę łazienek borowinowych rozpoczęto i zapewne w roku przyszłym będą one m gły być oddane na użytek publiczny; drogę również w ciągu ubiegłego lata ponaprawiano, pobudowano mosty i w wielu miejscach lepszy nadano jéj kierunek. *(Przyp. sprawozdawcy)*.

koszta administracyi, a Państwo Muszyna nawet i tych nie pokrywa, więc czysty dochód z Krynicy koło 30.000 złr. obracany bywa na pokrycie niedoborów Państwa Muszyńskiego. W ten to sposób Krynica, jako część Państwa Muszyńskiego, staje się bierną co do dochodów i nie można dla niéj robić wkładów.

Sprawiedliwość, dobrze zrozumiany interes pieniężny, a têm więcéj sanitarny, wymagają, jak słusznie powiada sprawozdanie, odłączenia zdrojowiska Krynicy od dóbr kameralnych Muszyny i od zarządu centralnego dóbr kameralnych w Bolechowie.

Obok dochodu wykazanego przynosi jeszcze Krynica inne pośrednio i tak zwiększył się dochód z propinacyi, z podatków, ponieważ Krynica ciągle się podnosi.

Jako dalsze niedostatki Krynicy przytacza sprawozdanie brak domu kuracyjnego, teatru, szpitala dla ubogich, odpowiedniéj kaplicy, na wybudowanie któréj goście złożyli już kwotę 1400 złr., leżącą bez procentu w kasie rządowéj.

(Dok. nastąpi).

Bruns: Precz ze Sprayem.

Prof. Bruns w Tybindze, który nigdy nie wierzył w wielką użyteczność i doniosłość Sprayu, a używał go niechętnie i jedynie dla uchronienia się od zarzutu, że pomija tak ważny czynnik przeciwgnilny, za jaki Spray ogłoszono, od dwóch lat nie używa go więcéj na klinice, przyszedłszy do przekonania, że użycie Sprayu przy operacyjach chirurgicznych stanowi nie tylko niepotrzebny i zbyteczny, ale nawet nieprzyjemny i przeszkadzający dodatek. Nabył zaś tego przekonania na podstawie spostrzeżeń klinicznych i pomyślnego przebiegu wszystkich większych operacyj, gdzieindziéj tylko przy Sprayu robionych, których rezultat tak co do śmiertelności jak i czasu potrzebnego do gojenia się ran pooperacyjnych był w porównaniu z sprawozdaniami z innych klinik i szpitali o wiele lepszy. Na dowód tego podaje z dwóch lat, tj. od października 1878 do końca września 1880, wszystkie operacyje na kościach wykonywane, albowiem tworzą one oddzielną grupę i dawały dawniéj przed wprowadzeniem opatrunku Listerowskiego największy procent śmiertelności z powodu chorób t. zw. przyrannych, jak ropnica, posocznica, róża itp. Z całego szeregu tu należących operacyj podaję tylko sumaryczny wykaz tychże i tak wykonał B.

amputacyj i eksartykulacyj razem	62
osteotomij „	19
resekcyj w stawach „	26
resekcyj po za obrębem stawów razem	13
wyskrobań kości łyżeczką Brunsa razem	9
nekrotomij, według B. nekrothekotomij, razem	24

razem 144 operacyj na kościach i nie miał we wszystkich wspomnianych przypadkach ani jednego przypadku śmierci. Ogólna liczba chorych przez dwa lata w klinice Brunsa leczonych wynosiła 1175, śmiertelność 36, a więc nieco po nad 3%, z tym dodatkiem, że przyczyną śmierci nigdy nie była ropnica, posocznica lub róża. Zamiast używania Sprayu zlewa B. ranę operacyjną raz lub dwa razy w ciągu dłuższéj operacyi 2% rozczynem kwasu karbolowego, tudzież przestrzykuje po operacyi rozczynem 5%; ranę opatruje prawie wyłącznie gazą karbolową kładąc wielki nacisk na to, aby ile możności jak najdłużéj opatrunek zostawiać. I tak opatrunek założony bezpośrednio po amputacyi zmienia zwykle dopiero po 8—10—12 dniach, w dwóch przypadkach całkowitego wypiłowania w stawie kolanowym zmienił opatrunek po 28 dniach, a w dwóch innych przypadkach dopiero po 30 dniach licząc od operacyi. A więc i bez Sprayu można osiągnąć, w całém tego słowa znaczeniu, świetne rezultaty i opierając się na nich można się unieść, tak jak się uniósł prof. Bruns wołając: precz ze Sprayem. (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 43). *Dr. T. W.*

Dr. F. Betz: O wymiocinach zielonych.

Zielone zabarwienie wymiocin przypisujemy zwykle żółci, któréj barwik brunatny w skutek działania wolnego kwasu w żołądku przybiera barwę zieloną; przypuszczenie to nabiera prawdopodobieństwa z powodu gorzkiego smaku i kwaśnego oddziaływania takich wymiocin. Dr. B. w swoich „*Memorabilien*“ zbija to zapatrywanie przypisując innym czynnikom zielone ubarwienie wymiocin. I tak za dolaniem do zielonych wymiocin pewnéj ilości wody, tworzy się na dnie naczynia osad zielony, śluz żołądkowy i resztki pokarmu w sobie zawierający, woda zaś prawie czysta tworzy górną warstwę; istota więc zielona w wodzie się nie rozpuszcza i jest od niéj gatunkowo cięższą, podczas gdy żółć z łatwością z wodą się łączy i zabarwienie jéj nadaje. Za dolaniem do wymiocin eteru tworzą się w naczyniu trzy warstwy, istota zielona tworzy warstwę średnią, w górnéj znajduje się niezabarwiony eter, w dolnéj śluz żołądkowy, w którym istota zielona tworzyła zawiesinę, a więc i pod wpływem eteru nie tracą wymiociny barwy zielonéj, coby musiało nastąpić, gdyby je żółć zabarwiała. Kwas siarkowy przemienia po zagotowaniu wymiocin barwę zieloną na pąsową, kwas azotowy na żółtawą z lekkim odcieniem czerwonym, kwas solny mało ją zmienia; próba Gmelina nie wywołuje w wymiocinach zielonych tak pięknéj gry kolorów jak np. w moczu zawierającym żółć, nastaje tylko pewna przemiana barw, jaka i w zieleni liściowéj widzieć się daje. Zgęszczony kwas octowy nieco podwyższa zieloność barwy, wyskok rozpuszcza barwik, tworząc z nim płyn bardzo pięknie zielony, w którym za dodaniem kwasu siarkowego i azotowego daje się widzieć lekka gra barw i pod tym względem istota zielona wymiocin znów jest podobna do zieleni liściowéj *(Chlorophyll)*, która z łatwością odstępuje swój barwik wyskokowi, a za dodaniem kwasu siarkowego i azotowego odbywa podobną przemianę barw. Istota zielona wymiocin przez kilka miesięcy nawet w najcieplejszéj porze roku trzymana nie gnije ani się rozkłada, a têm samém nie zdaje się być pochodzenia żółciowego, a więc zwierzęcego i nie zawsze jest kwaśnego oddziaływania, a więc nie koniecznie powstaje przez działanie kwasu wolnego w żołądku na barwik brunatny żółci; zważywszy zresztą wielką pospolicie obfitość zielonych wymiocin, powątpiewać się godzi, czy może żółć w tak znacznéj ilości dostać się do żołądka. Szczegóły wymienione przemawiają raczéj za roślinném pochodzeniem istoty nadającéj wymiocinom barwę zieloną i usprawiedliwiają poniekąd dawną nazwę tychże: „*Vomitus massae herbaceae,*“ a jakkolwiek istota ta, badana pod mikroskopem, nie okazuje całkiem budowy organicznéj, to na podstawie własności fizyczno-chemicznych uważa ją B. za istotę grzybkową „*Chlorococcus Punctalge*“, nie mającą żadnego związku z znanemi dotąd grzybkami żołądka. Wprawdzie smak gorzki zielonych wymiocin zdaje się i może niekiedy pochodzić od żółci, z tego jednak nie wypływa, aby i kolor zielony pochodził od żółci, albo aby wymiociny zielone z żółci się składały; zresztą w wielu roślinach, zwła-

szcza w mchach i grzybach, znajduje się gorzki pierwiastek niekiedy w połączeniu z kwasem octowym, który kto wie czy nie jest przyczyną gorzkiego smaku i kwaśnego oddziaływania wymiocin zielonych. (*W. med. Blätter* Nr. 42, 1880). *Dr. T. W.*

Dr. Guaita: **Ezeryn w zapaleniu rogówki i jaskrze.**

Autor starał się niepewne jeszcze wskazania ezerynu ile możności ustalić i uskutecznił przedewszystkiém szereg doświadczeń na żabach i królikach co do działania fizyjologicznego, z których wynika: że ezeryn miejscowo zastósowany nie wywiera żadnego wpływu na naczynia krwionośne i na krążenie. Co do zwężenia źrenicy przez kalabar sądzi autor razem z Dondersem, że ono nie jest skutkiem porażenia nerwu współczulnego, lecz wyłącznie pobudzenia nerwu okoruchowego. Przemawia za tém krótkie trwanie zwężenia tudzież okoliczność, że źrenica najmocniéj zwężona oddziaływa jeszcze nieco na wpływ światła. Wpływ ezerynu na krążenie i odżywianie w oku przypisać należy: 1) pobudzeniu pierwszéj gałęzi nerwu troistego (ból nadoczodołowy i prawdopodobnie przyspieszenie krążenia w błonach oka wewnętrznych w drodze zwrotnego zadrażnienia za pośrednictwem *gangl. ophthalm*). 2) pobudzeniu nerwu okoruchowego a skutkiem tego rozszerzeniu przodkowych dróg filtracyjnych (*Leber*) i ułatwieniu odżywiania rogówki.

W licznych doświadczeniach klinicznych używał autor dwojakiego rozczynu, mniéj drażniącego 1 na 150 w cierpieniach rogówki i silniejszego 1 na 100 w przypadkach świeżego opadnięcia tęczówki i jaskry ostréj. Zapuszczał trzy razy dziennie.

Wskazania: 1) Gnuśne wrzody i ropnie rogówkowe. Oprócz tego należy stósować opaskę uciskową, a uciekać się do atropinu, skoro ezeryn z rozpoczynającém się gojeniem silniejszy ból w czole wywoływać zacznie.

2) Czynne ropne zapalenie rogówki u osób zołzowych i kachektycznych. Większe zebrania ropy w komórce przodkowéj wypróżniać należy przez przekłucie lub przecięcie rogówki.

3) Wrzód żrący (*ulcus rodens*) skutkiem zakażenia. W tych przypadkach wykonywać należy prócz tego przecięcie według Saemischa.

4) Wrzody przybrzeżne rogówki u dzieci zołzowych.

5) Zapalenie rogówki porażne, o ile porażenie nerwu troistego nie jest zupełném.

6) Rany przenikające rogówkę.

Przeciwwskazania: 1) Czynne ropne zapalenie rogówki u osób silnych z przyczyn reumatycznych i urażnych.

2) Łuszczka, a zwłaszcza zapalenie rogówki skutkiem jaglicy.

3) Zapalenie rogówki pryszczykowe.

4) Ropne nacieki rogówkowe.

5) Przeczosy i powierzchowne rany rogówki.

Autor używa prócz tego ezerynu w razie grożącego opadnięcia tęczówki po wydobyciu zaćmy, a zastępuje go atropinem po zlepieniu się ranki. Pod względem działania ezeyrnu w jaskrze autor potwierdza znane doswiadczenia innych. (*Annali di Ottalmologia. Quaglino.* 1880 Zeszyt I.). *Prof. Dr. Rydel.*

Walter Verdon: **Postępowanie antiseptyczne w położnictwie.**

Przypadek następujący zdolny jest wykazać naocznie pożytek z zastósowania zarządzeń przeciwgnilnych Listerowskich w położnictwie:

Pani T., osoba wątła i niedokrewna, u kresu ciąży doznawała wprawdzie już od dwóch dni częstych bólów w łonie i krzyżach, w mniemaniu atoli, iż nie zanosi się jeszcze na poród nie zdradzała takowych przed nikim; dopiero gdy przez bóle znacznie czuła się osłabioną wezwała pomocy. Ujście rozwarte dostatecznie; błony płodowe przedarte; główka nad spojeniem łonowém; miednica obszerna. Główka zstępowała wprawdzie za każdym bólem, cofała się jednak w przerwie; tym sposobem poród wcale nie postępował; tętno nikłe 98, łatwo ugniatalne; siły mocno wyczerpane. Użycie kleszczów przy zachowaniu wszelkich przestróg przeciwgnilnych: pochwę wypłukano ciepłą karbolową wodą; ręce, narzędzia, wargi sromne i sąsiednie części omaszczono oliwą karbolizowaną, a wszelkie rękoczyny uskuteczniono przy mgle Listera. Po użyciu miernéj siły dokonano porodu; dziecię było żywe i dojrzałe. Zarządzenia następne polegały na zastósowaniu zmoczonéj w oliwie karbolizowanéj juty i płótna i przestrzykiwaniach płynem karbolowym trzy razy dziennie. Trzeciego dnia skarżyła się położnica na ból gardła; tętno 120, ciepłota ciała 102°F. Wydzielina pochwy nie cuchnęła wcale, mocz obfity, czysty. Dowiedziano się, że dozorczyni, która na dwa dni przed porodem u pani T. czuła się już chorą i dostała silnéj róży twarzowéj, spała wspólnie z położnicą przez dwie nocy mianowicie noc przed porodem i następną. Czwartego i piątego dnia położnica czuła się mocno chorą i wystąpiły u niéj bóle w prawém udzie; język zamulony, tętno 120; pomimo to wydzielina nie pozostawiała nic do życzenia. Wystąpiło zaczerwienienie skóry (*erysipelas*) rozciągające się od prawego pośladka aż po kolano. Szóstego dnia wydzielina ustała bezpowrotnie; tętno utrzymywało się przy 100 uderzeniach aż do jedynastego dnia; zabarwienie skóry znikło ósmego dnia. Dziecię również dostało owrzodzenia nieczystego rany pępkowéj z silném zaognieniem ściany brzusznéj. Tak matka jako téż i dziecko szybko zresztą wyzdrowiały.

Widzimy, mówi autor, że pomimo, iż rodząca narażona była na działanie jadu różycowego podczas i po porodzie, przez co pojawiło się lekkie zapalenie skóry i lekka gorączka, ze strony macicy nie było żadnych przypadków chorobowych, jad dzięki zarządzeniom Listera nie mógł zadziałać na nią więcéj, jakby to zdołał wpłynąć na przedarte mięśnie skórą pokryte. Autor używa przeciwgnilnych zarządzeń także w zwykłych przypadkach położniczych, zawsze z widoczną korzyścią dla położnic. Wydzielina rychléj ustaje i nigdy nie cuchnie a więc nie rozkłada się. Nie rzadko ustaje wypływ w przeciągu pierwszego tygodnia. W celu osiągnięcia dobrego wyniku bacznie trzeba strzedz położnicę przed wpływem powietrza septycznego i w ogóle zapatrywać się na urazy pochwy i macicy z tego samego stanowiska, jakto czynimy przy rękoczynach podskórnych, a więc równie bacznie strzedz je przed wpływami septycznemi. (*The Lancet* 8 września 1880). *Dr. Karcz.*

Wiadomości pomniejsze.

(K. G.) Odróżnianie cierpień kiłowych od gruźliczych w krtani. W rozprawie inauguralnéj Dr. Moure z Bordeaux opierając się na szeregu obserwowanych przypadków, kreśli cechy dwóch wspomnionych cierpień jak następuje:

W drugim okresie kiły znachodzimy *Erythema, Roseola, Plaques muqueuses*, zapalne hyperplazyje, porażenia i utrudnienie mowy, a w trzecim już guzki, kilaki, wrzody, ropienie i obumarcie, kiłowe bujanie. W przypadkach gruźlicy krtani, znajdujemy najpierw w okresie nieżytowym od niego pochodzące erozyje, nawały, zapalne obrzmienia i bezgłos, w okresie wrzodzenia i obumierania gruźlicze nacieki, owrzodzenia i wegetacyje nakoniec obrzęk. Uprzytomniając sobie te objawy rzadko zbłądzimy. (*Allgem. m. Zeitung* 1880. Nr. 38).

(T. W.) Dobry skutek leczniczy z podawania terpentyny cypryjskiéj na raka części rodnych podaje Dr. Pelz (*Berl. klin. Woch.* Nr. 43). U kobiety, którą operował w listopadzie r. z. z powodu raka na sutku prawym, wystąpiła recydywa jeszcze przed zupełném zabliźnieniem się rany, a w lipcu br. zajętą była cała rana guzami rakowatemi, od wielkości grochu do wielkości orzecha laskowego, na powierzchni rozpadającemi się i cuchnącemi, przy czém gruczoły limfatyczne w pasze, pomimo że je przy operacyi wyjęto, dały się dokładnie wymacać. Od 31 lipca zażywała chora prawdziwą terpentynę z Chios w następującym rozczynie: *Terebint. Chiae 50.0, solve in Aether. 10.00, adde solut. Tragacanth. 120.00, Syrup. 30.00, Flor. sulph. 2.50 Aq. dest. 480.00.* S. 3 razy dziennie po 2 łyżki stołowe, tudzież zewnętrznie przykładała na guzy rozpadające się maść borową. Po miesiącu skutek był wyśmienity, na bliźnie pozostał tylko jeden guzek jak mały orzech laskowy, reszta zniknęła, powierzchnia blizny miała wejrzenie niebieskawo-czerwone, gdzieniegdzie drobnoziarniste nigdzie ani śladu wrzodzenia. Gdy jednak chora z końcem sierpnia przestała zażywać terpentynę z powodu cierpienia żołądka, wystąpiły guzy na bliźnie na nowo, powierzchnia ich z końcem września pokryta była wrzodami, powiększyła się kacheksyja ogólna, tudzież na wątrobie dały się wymacać nierówne i bolesne guzy. Dr. P. podając ten przypadek ma nadzieję, że ogłoszenia podobne będą coraz liczniejsze, a zwłaszcza po świeżym zbiorze jesiennym terpentyny.

IV. O mleczarniach publicznych w celach wyłącznie leczniczych.

napisał Dr. **Bulikowski** we Lwowie.

(Rzecz miana w sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic.).

Zabrałem dziś głos w sprawie dotyczącéj przeważnie karmienia noworodków. Rzecz, którą przedstawię, niechaj posłuży jako uzasadnienie wniosku, który następnie uczynię, a który, jak sądzę, znajdzie poparcie szan. kolegów. Towarzystwo nasze brało zawsze dotąd inicyjatywę w sprawach higijeny, to téż sądzę, że i tym razem nie zerwie z tą ze wszechmiar chwalebną tradycyją.

Znanym jest powszechnie szkodliwy zwyczaj fałszowania mleka krowiego, sprzedawanego po wszystkich większych miastach Europy, znanym zwyczaj rozcieńczania go wodą, (*vulgo chrzczenia*), ujmowania mu śmietanki, stosunkowo najmniéj jeszcze szkodliwy, że pominę dodawanie krochmalu, mąki, sody, wody wapiennéj, boraksu i t. p. Mleko fabrykowane, chude i rozcieńczone nietylko nie dopisuje w procesie odżywiania, ale nadto przez mięszanie go z istotami obcemi staje się pokarmem wręcz szkodliwym i pociąga za sobą długotrwałe choroby przewodu pokarmowego, które często przybierają charakter bardzo uporczywy i złośliwy. Nic przeto dziwnego, że higijeniści obmyślać zaczęli środki ku usunięciu złego proponując urządzanie mleczarni publicznych pod ścisłą lekarską zostających kontrolą, a których wyłącznym celem jest dostarczanie dobrego, pożywnego mleka dla noworodków i dla osób chorobą złożonych. Myśl ta w Niemczech prędko się przyjęła. Referat, który miałem przed sobą, dotyczy Frankfurtu, gdzie mleczarnia z celem powyżéj zakreślonym już rok czwarty nietylko istnieje, ale świetnie prosperuje. Ale i u nas w Polsce myśl ta zbawienna niepozostała bez naśladowców: czytamy bowiem w „Przeglądzie Lekarskim", (Nr. 33 r. b.), że koledzy Markiewicz i Liebkind założyli w Warszawie wzorową mleczarnię dla użytku publicznego.

Zakład w Frankfurcie otwartym został w kwietniu 1877 r. Rozpoczęto od 30 krów; ale wkrótce liczba ta okazała się zbyt szczupłą, tak że w styczniu 1879 r. rozszerzono zakład, który obecnie mieści 96 krów. W powyższym przeciągu czasu sprzedano 380,000 litrów mleka. Przy zakupnie krów uwzględniano tu bardzo wybór rasy, od któréj zależy nietylko ilość ale i jakość mleka, uwzględniano następnie powszechnie znany fakt, że czém więcéj krowa daje mleka, tém to mleko bywa wodnistszém, że przeto krowy dające bardzo wiele mleka nie należą do najlepszych. Uwzględniano daléj chorobę gęsto grasującą pomiędzy krowami a mianowicie gruźlicę (*Perlsucht, cachexia boum sarcomatosa*) cierpienie analogiczne z gruźlicą rodzaju ludzkiego. Skłonność do rzeczonéj choroby nie u wszystkich ras jest jednakową. I tak uwazano, że rasy z doliu posiadają konstytucyję nierównie słabszą aniżeli rasy górskie, że przeto rasa holenderska bardzo często podpada gruźlicy; podobnież rasa szwajcarska plamista (*Fleckvieh*). Najmniéj zaś skłonności dokazują krowy szwajcarskie maści szaréj z okolic Rig. Rasa przeto rigijska, jako najwięcéj odpowiadająca wymaganiom, zapełnia mleczarnię frankfurcką. Jednak prócz dziedziczności i wrodzonéj skłonności do pewnéj rasy przywiązanéj, gruźlica może także być nabytą. Częstemi są przypadki przeniesienia jéj z krowy na krowę lub na inne zwierzęta, a nawet na rodzaj ludzki. Słuszną przeto jest obawa, że mleko od krów gruźlicą dotkniętych, zwłaszcza surowe, nie może być pokarmem dobrym nietylko dla noworodków, ale nawet i dla osób dorosłych. Doświadczenie poucza daléj, że choroba ta nietylko za pomocą mleka może być przeniesioną, ale szczególniéj za pomocą śluzu (*sputa*), co udowodnioném zostało doświadczeniami na psach. Nakoniec nie brak spostrzeżeń, z których jasno wynika, że krowy do najzdrowszéj rasy należące, a pozostawione w bliskiém zetknięciu z krowami gruźliczemi, np. zamykane przez dłuższy czas we wspólnéj krowiarni, popadają podobnież w gruźlicę. Widzimy ztąd, jak wiele uwzględnić należy okoliczności, by zakład nie stał się półśrodkiem i jak zgubném byłoby ignorowanie najmniejszéj nawet zdobyczy naukowéj na tém polu poczynionéj.

Potrzeba urządzania zakładów mlecznych w celach wyłącznie leczniczych już dla tego samego jest niezbędną, szczególniéj po większych miastach, że, tak jak dziś rzeczy stoją i prawdopodobnie na zawsze pozostaną, właścicielom krów po wsiach nie zależy tyle na jakości ile na ilości mleka, a dobroć karmy mało uwzględnianą bywa. Powtóre prócz ilości produkowanego mleka mają oni mnogie inne, dla nas uboczne potrzeby, na względzie. Idzie im np. o gnój, o mięso, o cielęta. U nas w Galicyi, gdzie wieśniak głównym jest dostawcą mleka do miast, całe to gospodarstwo jest poniżéj

wszelkiéj krytyki. W zakładach zaś, których głównym i jedynym celem jest produkowanie wytwornego mleka, uboczne względy wcale wchodzić nie będą w rachubę.

Przy téj sposobności wspomnieć wypada o zdaniu, bardzo rozpowszechnioném nawet między lekarzami, jakoby rzeczą było niemal konieczną brać dla jednéj osoby mleko zawsze tylko od jednéj wybranéj krowy. Żądanie to uważamy za zbyteczne, a przytém wcale nie uzasadnione. Jakkolwiek u krowy mleko podczas okresu laktacyi małoznacznych tylko doznaje zmian, to jednak nie może być mowy o pewnym uregulowanym stosunku, czyli o ustaleniu pewnego stosunku pomiędzy laktacyją postępująca u krowy a rozwojem wzrastającego niemowlęcia. Zresztą stosunek ten ustanawia się i tak na drodze empirycznéj przez coraz skąpsze rozcieńczanie mleka krowiego wodą lub kleikami. Daléj wiadomo, że podczas gdy u matki dziecko przy każdém ssaniu całą albo bez mała całą treść gruczołu piersiowego wysysa, to przecież tego o wymionach krowy powiedzieć nie można. Dodajmy jeszcze, że porcyje dojonego mleka bardzo się jakościowo różnią od siebie, i tak mleko najsamprzód wydojone, tj. porcyje pierwsze daleko są tłuściejszemi od następnych (różnica w tłuszczu dochodzi niekiedy do 10%) a wtedy przyjdziemy do przeświadczenia, że i pod tym względem mamy do walczenia z czczym, niczém nieuzasadnionym przesądem. Jeżeli idzie o jednostajność mleka podawanego oseskowi, to daleko łatwiéj i pewniéj ją osiągniemy mięszając każdym razem mleko wszystkich krów w stajni zostających. W ten sposób zyskujemy w dwójnasób: może bowiem bardzo łatwo zajść przypadek, że jedna z krów wybranych dla wykarmienia pewnego indywiduum zasłabnie w sposób niezdradzający się na zewnątrz np. na gruźlicę, która w pierwszym okresie nie ma wybitnych cech; mleko takiéj krowy zmięszane z mlekiem krów zdrowych stanie się przez takie rozcieńczenie pierwiastków chorobowych mniéj szkodliwém.

Mleczarnie wspomniane dostarczają mleka w taki sposób, aby uniemożebnić wszelkie jego fałszowanie lub jakiekolwiek zepsucie. Mleko fałszowaném bywa najczęściéj przez odjęcie mu śmietanki, przez rozcieńczanie wodą, przez dodawanie mąki, krochmalu, białka, sody, boraksu, wody wapiennéj itd. Zepsucie zaś polega głównie na kwaśnieniu przez zbyt długi transport, przez wlewanie go do naczyń niedokładnie wymytych i wypłukanych, nakoniec przez mięszanie go z wodą niezdrową, zanieczyszczoną częściami organicznemi, gnijącemi. Przy innéj sposobności przytoczyłem przypadki, opisane w czasopismach angielskich,o przeniesieniu chorób epidemicznych za pomocą wody czerpanéj ze studni niezdrowych (ob. Przegląd Lekarski). Wszystkim tym ewentualnościom zapobiega administracyja rzeczonych zakładów. Mleko mierzy się codziennie za pomocą areometru, dojenie odbywa się pod ścisłym dozorem, również napełnianie butelek, ekspedycyja i transport postępuje jak najspieszniéj a nakoniec cały zakład pozostaje pod sumienną opieką wydelegowanéj *ad hoc* komisyi, składającéj się z 3 lekarzy i jednego weterynarza.

Sprawozdania ze wszystkich zakładów wypadają na korzyść nowéj instytucyi. Zbawienne owoce są widocznemi, co zresztą rzeczą nader naturalną, szczególnie u noworodków pozbawionych piersi. Nieżyty żołądka i jelit, wzdęcia i morzyska wydarzają się nierównie rzadziéj, a to nawet podczas pory letniéj. Częste pojawianie się zapieczenia żywota nie jest winą zakładu, ale raczéj karmienia sztucznego w ogólności. Pomimo że mleko z tych mleczarni sprzedaje się po cenie wyższéj aniżeli na targu miejskim, to jednak wypada ono względnie bardzo tanio, a każdy płaci chętnie małą nadwyżkę okupując nią drogi spokój i pewność posiadania zdrowego, tak niezbędnego pokarmu.

Z powyższego przedstawienia wysnuwa się sam przez się wniosek o którym wspomniałem na wstępie, a jest on treści następującéj:

„Towarzystwo Lekarzy galicyjskich zwróci uwagę odpowiedniéj władzy sanitarnéj na potrzebę założenia mleczarni publicznéj we Lwowie w celach wyłącznie leczniczych na wzór mleczarni zagranicznych".

„Tow. lekarskie w razie przyjęcia wniosku wybierze komisyję w celu załatwienia téj sprawy".

Frankfurt liczy dzisiaj niewiele więcéj nad 110,000 mieszkańców; pod tym względem mało różni się od Lwowa. O prosperowaniu mleczarni frankfurckiéj mówiłem powyżéj, dość powtórzyć, że zaczęto od 30 krów, a w trzy niespełna lata musiano powiększyć liczbę tę przeszło w trójnasób. Sądzę przeto, że zakład tak potrzebny i tak użyteczny również dobrze utrzymywać się będzie we Lwowie. Choroby pojawiające się u nas z powodu braku dobrego mleka są mnogie i niebezpieczne, a katary przewłoczne żołądka i kiszek u noworodków, t. zw. *e nutritione imperfecta,* corocznie mnogie zabierają ofiary. Że wypadki takie byłyby nierównie rzadszemi, gdybyśmy posiadali mleko dobre, ściśle kontrolowane, zbyteczna dowodzić. Nakoniec można już *a priori* twierdzić, że publiczność nasza oceni wartość takiego zakładu. Ktoby o tém wątpił, ten niechaj choć raz odwiedzi mleczarnię prywatną przy ulicy Majerowskiéj *vulgo* Kowalkę lub Zofijówkę, a znajdzie potwierdzenie słów moich. O ile to liczniéj odwiedzaną będzie mleczarnia, o któréj publiczność będzie wiedziała, że zostaje pod ścisłą fachową kontrolą, że mleko sprzedawane jest najlepszém, że pochodzi od krów zdrowych, najlepszą karmą żywionych, że celem takiéj mleczarni nie jest zysk, ale przedewszystkiém zdrowie.

Pięćdziesiąty trzeci Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Gdańsku w r. 1880.

Skreślił Dr. Warschauer.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

Prof. Edleffsen mówi: „o użyciu pepsiny w niestrawności u dzieci". Nasuwa się przedewszystkiém pytanie, zkąd pochodzi, że dorosłe osoby dobrze trawią mleko krowie, a dzieci go nie dobrze trawią?

Różnica na tém polega, że zbywa żołądkowi dziecięcia na pepsynie i kwasie chlorowodowym. Serzeń *(caseinum)* robi mleko niestrawném, zastępna *(surrogatum)* mleka są drogie i nie zastępują mleka matczynego, należy przeto do mleka dodawać pepsyny i kwasu chlorowodowego, aby dzieci łatwiéj trawić mogły mleko krowie.

Kwas chlorowodowy okazał się mowcy ktemu celowi niewystarczającym, dla tego używał trawiennika (*pepsinum*) niemieckiego, rozpuszczalnego, z fabryki Wittego w Rostoku. Podawał go zaś trzy razy na dobę na koniec noża w łyżeczce letniéj wody; dobre również skutki widział po nim w nieżycie jelit, zwłaszcza jeżli w stolcach znachodzi się serzeń nie strawiony.

Dr. Ehrenhaus z Berlina uważa trawiennik za przetwór

niepewny i prędko ulegający zepsuciu, dla tego radzi używać esencyi pepsynowéj Liebreicha.

Dr. Steffen podaje do wiadomości, że docent Dr. Albrecht w Neufchatelu zamieszkały doniósł mu o istocie roślinnej Papają zwanej, jako o zastępnie trawiennika; jest to proszek, który może być podawany w syrupie malinowym.

Paulcke aptekarz z Lipska uważa trawiennik Wittego za lepszy od angielskiego i francuskiego, i przy téj sposobności wspomina o Laktynie (*lactin*), który ścinając serzeń mleka w postaci delikatnego proszku opadający, czyni mleko dla dzieci strawniejszém; jest to przetwor tani, za dziesięć fenigów (pięć centów) wystarcza na całą dobę.

Dr. Hirschberg (Radca sanitarny z Kołobrzegu) dodaje do mleka krowiego kleik jęczmienny lub owsiany, z których pierwszy sprawia zaparcie stolca, drugi nie.

Dr. Steffen zapytuje się, jaka różnica zachodzi między trawiennikiem wyrobu Wittego a trawiennikiem Liebreicha.

Prof. Edleffsen powiada, że oddziaływanie chemiczne obudwóch przetworów jest jednakie.

Paulcke dodaje, że esencyja pepsynowa jest przetworem odpowiedniejszym dla dorosłych, farmakopea posiada również wino pepsynowe smaku miękkiego i mdłego, eliksyr peptynowy również nie bardzo smaczny. Witte wyrabia także placuszki (*pastilli*) pepsynowe. We Francyi wyrabiają przetwor spirytusowy, w skład którego wchodzą alona (*Aloe*) i szafran.

Dr. Mettenheimer (ze Schwerinu) mówi: „o skuteczności kąpieli i powietrza wybrzeży morza wschodniego we wieku dziecięcym.“ Jako lekarz szpitala dla dzieci założył on przedewszystkiém dla dzieci szpitalnych, a w drugiéj linii i dla chorych zamożniejszych rodziców stacyję czyli schronisko (*Asylum*) w miejscu Gross-Müritz, leżącém między Rostokiem i Rybnicą i zapytuje się, jak się zachować mają lekarze prowincyj nadbałtyckich względnie komitetu centralnego berlińskiego wyznaczonego dla zastanowienia się nad sprawą zakładania stacyj dla chorych na wybrzeżach morza północnego. Sądzi on, że nie ma żadnéj różnicy ze stanowiska leczniczego między powietrzem nadbrzeżnych okolic morza północnego a wschodniego, że tak powietrze jednego jak i drugiego zarówno przyspiesza odnowę materyi.

Dr. Steffen życzy sobie, aby wniosek uogólnić i rozszerzyć, to jest aby takie uzdrowiska dla dzieci chorych pozakładać nietylko na wybrzeżach morskich, ale i w okolicach lesistych i w zdrojowiskach solankowych.

Dr. Ehrenhaus życzy sobie, aby nie zakładano uzdrowisk dla dzieci podczas wakacyj, lecz aby to były stacyje dla chorych dzieci, a zatém aby były stałe, i trwały przez cały rok.

Dr. Seemann chce, aby zwrócono uwagę komitetu centralnego berlińskiego, że nietylko użyć należy wybrzeży morza północnego i wschodniego na takie uzdrowiska, lecz że również uwzględnić wypada okolice lesiste i zdrojowiska solankowe.

Dr. Warschauer nie wchodzi w kwestyję formalną, czy zakładaniem takich stacyj ma się zajmować komitet centralny berliński, czy mają się potworzyć komitety miejscowe do przeprowadzenia téj myśli, lecz wchodzi w treść sprawy.

Jeźli mają być urządzone schroniska (*Asylum*), to w pierwszej linii dla biednych dzieci, dzieci które się chowają po domach dla sierot przeznaczonych, gdzie bywa przepełnienie, gdzie często jest brak świeżego powietrza, a nawet żywność nie jest odpowiednią, dla takich pobyt jeden lub dwu miesięczny w lecie na świeżém powietrzu bardzo jest zbawienny. Lekarz kąpielowy z Helgolandu, nie pamiętam już jego nazwiska, przed kilku laty ogłosił drukiem pisemko, w którém chwali bardzo pobyt dzieci krzywicą dotkniętych na wyspie Helgoland, zbawienne bowiem widział po nim skutki.

Co się zaś tyczy dzieci zamożnych rodziców, to nie ulega żadnéj wątpliwości, że ich rodzice dbać będą o ich zdrowie i że wyślą swe dzieci tam, gdzie im lekarz wskaże.

I w naszém Towarzystwie lekarskiém (krakowskiém) poruszono myśl zakładania takich stacyj dla dzieci szpitalnych w Iwoniczu, Rabce i w Wieliczce, w zdrojach solankowych, lecz sprawa ta jeszcze jest w toku obrad.

Przed zamknięciem ostatniego posiedzenia Dr. Steffen jeden z członków podkomitetu wyznaczonego w roku przeszłym na zjeździe w Badenie, w Wielkiém Księstwie Badeńskiém, do zastanowienia się nad sprawą odżywiania dzieci, donosi, że Prof. Demme z Berna i Dr. Soltmann z Wrocławia, członkowie podkomitetu, nie mogli tym razem przybyć na Zjazd, że w ogóle kwestyja odżywiania, o któréj mieli złożyć sprawozdanie, nie jest jeszcze dojrzałą, aby już teraz mogła być traktowaną, poczém zastanawia się nad tém, czy zatrzymać dawniejszy komitet, lub téż przystąpić do ponownego wyboru. Zgodzono się na wybór ponowny, a przy głosowaniu dokonaném obrano tych samych Panów co przeszłego roku, z tym dodatkiem, że w razie gdyby uznali za potrzebne, aby sobie przybrać jeszcze znawców, mogli to uczynić bez odwołania się do Komitetu lub do Zgromadzenia ogólnego.

Pytania, nad któremi podkomitet zastanawiać się ma, są następujące:

1. Odżywianie osesków, sierot i dzieci w żłobkach (*crèches*) zostających.

2. Zastępna mleka matczynego i krowiego.

Poczém ostatnie posiedzenie Sekcyi pedyjatrycznéj zamknięto.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 41 (do 9 października) ospa w Londynie utrzymała się w równym stopniu. Świeżo zapadło 14, umarło 5, leczyło się w szpitalach 92. W Wiedniu umarło 4, w Budapeszcie 3, w Paryżu 21, w Maladze 5, w Pradze i Odessie po 5, w Madrycie 8. Płonica częściéj się pojawia w Pradze i Stokholmie. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 6, w Walencyi 3. W tygodniu 42 umarło w Krakowie: 6 z płonicy, 3 z błonicy, 1 z duru brzusznego, 1 z czerwonki, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy (z ul. Teatralnéj l. 222); 8 płonicy (4 z ul. Franciszkańskiéj l. 165, z Grodzkiéj l. 49, z Kazimierza l. 371 i ? z Rząski); 1 błonicy (z ul. Sławkowskiéj l. 273); 2 krztuśca (z Krakowa i z Rząski).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 41 (do 9 października) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: w Krakowie 29,4; we Lwowie 45,1; w Warszawie 20,3; w Wiedniu 19,6; w Budapeszcie 30,2; w Pradze 31,4; w Tryjeście 42,5; w Berlinie 29,2; w Wrocławiu 24,5; w Mnichowie 32,9; w Gdańku 34,7; w Dreźnie 2,2?; w Lipsku 23,8; w Bazylei 22,5; w Brukseli 23,8; w Amsterdamie 20,2; w Hadze 19,9; w Paryżu 21,1; w Londynie 19,9; w Kopenhadze 17,9; w Stokholmie 28,7; w Chrystyjanii 16,5; w Petersburgu 34,4; w Odessie 31,6; w Rzymie 31,8; w Wenecyi 22,2; w Bukareszcie 25,2; w Madrycie 34,7; w Lisbonie 36,5; w Nowym Yorku 24,6; w Bombayu 32,5; w Madrycie 39,4. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 listopada. Dr. Julijan Madejski, wysłużony lekarz powiatowy w Brzeżanach, otrzymał złoty krzyż zasługi z koroną w uznaniu długoletniéj zasłużonéj działalności.

* Na ostatniém swém posiedzeniu Wydział lek. Uniw. Jagiell. zamianował Dra Władysława Gluzińskiego asystentem przy katedrze fizyjologii, a pannie Kummersbergównéj, która odbyła z odznaczeniem egzamin dojrzałości we Lwowie, pozwolił uczęszczać na niektóre wykłady lekarskie.

* Przy sposobności awansu listopadowego lekarz sztabowy Dr. Konstanty Heumann, krakowianin i lekarz naczelny tutejszego szpitala garnizonowego, mianowany został starszym lekarzem sztabowym 2giéj klasy, a lekarz pułkowy Dr. Szeliga lekarzem sztabowym.

* Od jednego z kolegów na prowincyi otrzymaliśmy list następujący:

„Przesyłam Wiel. Panu Profesorowi ustęp z ostatniego numeru *Leipziger Illustrirte Zeitung*, odnoszący się do stosunków aptekarskich, a zarazem i zdrowotnych, dosłownie przezemnie przetłumaczony, z uprzejmą prośbą o łaskawe umieszczenie w Przeglądzie Lekarskim.

„Przykład naśladowania godny. Na wniosek jedne„go z właścicieli apteki nadwornéj w Dreznie postanowili tam„tejsi aptnkarze nie utrzymywać nadal na składzie i nie sprze„dawać tak zwanych środków specyjalnych i tajnych, wyrabia„nych bądź przez aptekarzy, bądź przez kogo innego, zarazem „zaniechać wszelkich stósunków z szarlatanami i szalbierzami. „Postanowienie to zadaje stanowczy cios partactwu lekarskiemu.

Umieszczenie powyższego ustępu i podanie takowego do wiadomości szerszéj publiczności lekarskiéj uznałbym têm bardziéj za właściwe, ile że zwłaszcza u nas w Galicyi podobnego ze strony aptekarzy postanowienia życzyćby sobie należało, gdyż może nigdzie bardziéj szalbierstwo nie jest rozpowszechnione, jak u nas, ze szkodą dla zdrowia ogólnego, dla chorych i dla lekarzy w kraju praktykujących. Leczenie, tak często przez nielekarzy w jakikolwiekbądź sposób praktykowane, podtrzymują aptekarze, którzy w większéj liczbie na jakiekolwiek przepisy lub na żądanie pierwszéj lepszéj osoby lekarstwa wydają. Ustawa zabraniająca bezprawnego wydawania lekarstw wprawdzie istnieje, jednak zwłaszcza na prowincyi nie bywa przestrzeganą. Czy nie powinienby Rząd w téj mierze z całą surowością postąpić i wszelkie nadużycia aptekarzy surowo karcić, a ewentualnie sprzedawanie środków uniwersalnych zabronić?“

* Eulenburga *Real-Encyklopädie d. gesammten Heilkunde* ma byc tłumaczoną na język rosyjski. Kierunek nad zamierzoném wydawnictwem objął Dr. Kozłów, inspektor głów. depart. lek. w Petersbrgu, w skład redakcyi wejdą: proff Horwitz, Sklifassowski, Czirjew i Junge, a wydawcami będą Drowie Cyon i Goldenberg. (*Gaz. Lek.*)

* **Berlin.** Prof. Langenbeck kończy temi dniami 70ty rok życia swego. Z tego powodu mieszkańcy ulicy, w któréj znajduje się klinika znakomitego chirurga, chcąc uczcić jubilata, podali prośbę nazwania ulicy téj ulicą Langenbecka. (*W. med. Presse*).

* **Mianowania i odznaczenia.** Prymaryjusz i docent prywatny Dr. Antoni Zini w Gracu zamianowany został nadzw. profesorem pedyjatryi przy tamecznym Wydziale lek.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 17: Wisłockiego: Leczenie sztuczném powietrzem (c. d.) — W *Medycynie* Nr. 44: Korniłłowicza: Kilka przypadków obłędu pijackiego (dok.); Szymańskiego: Jeszcze przyczynek do leczenia błonicy. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 21: Dunina: Przyczynek do nauki o t. zw. białéj nerce, powikłanéj przerostem serca.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. S. DOMAŃSKI: Wykłady o chorobach układu nerwowego. Zeszyt I. O kile (*syphilis*) układu nerwowego. Kraków 1881, in 8vo str. 97. (Osobne odbicie z Przegl. Lek.)

Dr. FIAŁKOWSKI: Prakticzeskija zamietki iz oftalmologiczeskoj terapeutiki. (Osobne odbicie z Nru 30 *Wracza*), in 8vo str. 12.

Wniosek Komisyi sanitarnéj m. Krakowa w sprawie czyszczenia dołów kloacznych itd. sposobem pneumatycznym. Kraków 1880, in 4to str. 15 z ryciną. (Jest to sprawozdanie Dra Lutostańskiego, które ma być przedstawioném Radzie m. Krakowa przez radcę m. Dra Warschauera).

Sprostowanie. W Nrze 44 Przegl. Lek. na str. 564 i 565 w protokółach Tow. lek. gal. napisano przez pomyłkę „Pos. XI z dnia 10 stycznia r. 1879,“ zamiast „Pos. XI z dnia 10 stycznia r. 1880“ i „Pos. XII z dnia 24 stycznia 1879“ zam. „Posiedz. XII z dnia 24 stycznia r. 1880.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Ste Icla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 13 listopada 1880. Nr 46. Rok XIX.

TREŚĆ: I. WARSCHAUER. O wartości chlorku pilokarpinu w błonicy. (C. d.)—II. SAWICKI. Przyczynek do epidemiologii krajowéj. Przypadki *Meningitis cerebrospinalis epidemica* we Lwowie obserwowane w r. 1879 i 1880 w szpitalu powszechnym w III oddz. chorób wewn. (Dok.)—III. *Oceny i sprawozdania*: Prof. Dr. CZYZEWICZ. (we Lwowie): Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1877. (Dok.) Jad wąglikowy i szerzenie się zarazy śledzionowéj. Sprawozdanie Dra Lutostańskiego. SENATOR, LANDENDORF. GENSER i ZIT. ABADIE. — *Wiadomości pomniejsze*. — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Sprawozdanie z posiedzenia sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu. — Posiedzenie Sekcyi lwowskéj. Tow. lek. gal. — V. *Odcinek*: JANISZEWSKI. Listy z Berlina. II. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. — VII. *Wiadomości bieżące*.

I. O wartości chlorku pilokarpinu w błonicy.

Napisał Dr. J. Warschauer.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45.)

13 października 8ma rano: W nocy były wymioty, chora wypluwała strzępki szarawo-żółte z żyłkami krwi zmięszane, po wymiotach czuje się swobodniejszą, przesypia się, wiatry odchodzą, świąd skóry, źrenice bardziéj zwężone niż wczoraj, język oczyścił się znacznie z mułu białego, nasięk migdałów znaczny, żółty, osutka jasna, ciepłota ciała +40°C. tętno 120, mocz zawiera dużo moczanów. Po południu: Ślinienie mierne, migdałki i część miękkiego podniebienia, tylna ściana połyku *(pharynx)* tworzą jednę masę żółtą, ziarnistą, połykanie bolesne, język całkowicie oczyszczony, wilgotny, nos i uszy były w południe czerwone jak ćwikła, ręka prawa ziębnie, lewa okolica podszczękowa bolesna, ciepłota ciała +40°C., tętno 112.

14 października rano: Wczoraj oddała obfity sformowany stolec, spała lecz dużo bredziła, nasięk szarawo-biały na czopku i migdałkach, język czysty, wilgotny, ślinienie skąpe lecz częste, ciepłota 39,4° C., tętno 108, pociła się miernie, rękę prawą wczoraj ogrzewano ciepłemi chustkami, dzisiaj obie ręce są równie ciepłe, mowa niewyraźna, jakby jakaś była w gardle przeszkoda, połykanie łatwe, źrenice jak wczoraj, skarży się na suchość ust; powiększono dawkę pilokarpinu do 0,05, przepłukiwać kazałem nos i usta co 2 godziny wodą przegotowaną z wyskokiem, biorąc na 200 wody 20 gramów wyskoku. Popołudniu godzina 5ta lewa źrenica bardziéj zwężona aniżeli prawa, mowa nosowa, wstrzykanie w nos i usta sprawia znaczną ulgę, ciepłota ciała +40,4°C. tętno 108, stolec oddała tęgi.

15 października rano: W nocy spała przerywanie, bredziła, ślinienie częste i obfite, źrenice nieco szersze, źrenica prawa szersza aniżeli lewa, nasięk błonicowy znaczniejszy zajmuje większą część podniebienia przyległego częściom dawniéj zajętym, język mułem obfitym obłożony, na dolnéj powierzchni języka po stronie lewéj nasięk błonicowy oddzielić się niedający, okolica podszczękowa po obu stronach bolesna, bardziéj jednak po lewéj stronie, ciepłota ciała +39,5° C. tętno 100; oddała stolec tęgi, skąpy. Po południu: Chora sama sobie zostawiona leży z otwartemi oczyma i ustami, ciągle bredzi, zsuwa się z poduszek i z posłania, zapytana o coś odpowiadała jednak należycie, po wstrzykaniu do ust wydobywa się znaczna ilość nasięku szarego z krwią zmięszanego, nasięk migdałków oddziela się i widać po oddaleniu onego smugi krwawe, mowa niewyraźna, nosowa, ciepłota +40°5° C., tętno 116, osutka na całém ciele jasno-czerwona, w niektórych miejscach sino-czerwona, całą twarz pokrywa żywy rumieniec wiśniowéj barwy, w okolicy podszczękowéj ból mniejszy, nie można wymacać twardości kulistéj ograniczonéj, którąby przemawiała za gruczołem.

16 października rano: Całą noc nie spała, była bardzo niespokojną, ciągle się rzucała i ustawicznie bredziła, mocz oddaje ze świadomością (mocz zawiera ślad białka i mnogą ilość moczanów), śpiączka, z któréj przebudzona jeśli się podniesionym głosem do niéj przemawia, należycie lubo niewyraźnie odpowiada. Źrenice niezwężone (mimo to że dotychczas bierze chlorek pilokarpinu), przybyło dużo nasięku po obu bokach języka, przy wstrzykaniu dużo strzępków odchodzi przez nos i usta. Ciepłota ciała +40,1°C. tętno 100, osutka płonicowa jasna, połyka z trudnością, przez dzień dzisiejszy nie chciała brać lekarstwa, robiono zawijania w prześcieradło w wodzie studziennéj zamoczone, w którém dwie godzin leżała, takich zawijań robiono w ciągu dnia trzy. Ciepłota ciała +41° C., po drugiém zawinięciu obniżyła się ciepłota do +39,9° C., o 5téj znowu doszła do 40,1° C., przez cały ten dzień bredzenie, tętno 114, wstrzykania robią się niemal co godzina, zawsze po nich ulga, rzężenia głośne po nich uspakajają się na chwilę, język, kąty warg, nawet same wargi nasiękiem błonicowym zajęte, jak niemniéj i błona śluzowa nosa, napięcie okolicy podszczękowéj po obu stronach o wiele mniejsze, nie można wyczuć żadnéj twardości; zaleciłem zawinąć ją na dwie godziny, po-

czém znowu wyczekiwać dwie godziny, a gdyby się ciepłota nie obniżyła, tym torem daléj postępować. Nasięk błonicowy posunął się daléj na miękkie podniebienie i okazuje dążność do rozpadu.

17 października rano: Po wczorajszych zawijaniach spała kilka godzin spokojnie, ciepłota ciała 39,2° C., tętno 96, nie ma śpiączki, po lewéj stronie pod szczęką wymacać można mały bolesny guzik, prawa okolica wolna, nasięk migdałków, łuków podniebieniowych i samego podniebienia zaczyna się oddzielać, język oczyszcza się, ale suchy, widać na nim brodawki sterczące. Dziś o wiele lepiéj się ma jak wczoraj, wczorajszy bowiem dzień należał do najgorszych, byłem w wielkiéj obawie o jéj życie, wisiało ono na cieniuchnéj nitce! Sami rodzice proszą, abym jéj zapisał to samo lekarstwo co wprzódy, bo ślinienie jéj dobrze robiło i że jéj usta nie tak wysychały, zapisałem jéj przeto lek w téj saméj co przedtém dawce, to jest 0,05 na 100 gramów cieczy. Popołudniu ciepłota ciała + 40,1° C., tętno 96. Zawijano ją w prześcieradło, dwa razy dziennie, ma się jak wczoraj, nie ślini się, źrenice nieco zwężone, przy wstrzykiwaniach wydobywa się dużo nasięku z ust i nosa, po zawinięciu i dwugodzinném leżeniu ciepłota się zwykle o $^9/_{10}$ stopnia podwyższa, w nocy jednak ciepłota wynosiła + 38,5° C., spała dość dobrze, kilka razy przez dzień mocz bez świadomości oddawała, nad ranem zaś przebudziwszy się wyskoczyła z łóżka dla oddania moczu.

18 października godzina 8ma rano: W nocy spała wcale dobrze, rzadko kiedy bredzi, pytana o swoje zdrowie powiada że się ma dobrze, źrenica lewa nieco zwężona, prawa prawidłowa, ślinienie skąpe, ciepłota + 39,7° C., tętno 88 do 90ciu, tony serca wyraźne, niesłabe, okolica podniebienia miękkiego i migdałów znacznie czystsza, tylko po brzegach został pasek szarawo-biały, treść żółta się oddzieliła, przy wstrzykaniu do nosa i ust płyn prawie czysty odpływa, język oczyścił się zupełnie, osutka jeszcze bardzo wyraźna blado-czerwona, w nocy spała dość dobrze, przebudzała się kilka razy, prawie nic nie bredziła, mocz czasem bezwiednie oddaje, czasem woła, że chce oddawać mocz, a zatém miała o tém świadomość, wśród nocy badana ciepłota ciała wynosiła + 39,5° C., rano przed mojém przybyciem + 38,9° C., skóra marszczy się koło stawów i w podpaszu.

19 października rano: Przytomna, odpowiada na zapytania, przesypia się często, wygląd błonicy jamy ust lepszy, oddzielają się znaczne strzępki nasięku, język, wargi i zewnętrzne otwory nosa oczyszczone, ciepłota + 39,5° C., tętno 88 do 96. Zapisałem chininu 0,50 na dobę. Wino i rosół do picia. Dodać należy, że chora przez cały czas choroby wyżyła 0,60 chlorku pilokarpinu. O godzinie jedynastéj rano ciepłota ciała + 38° C. Koło południa sama o własnéj sile wstała i oddała mocz, który nie zawiera ani śladu białka. Godzina 5ta wieczór: Chora przesypiała się bardzo spokojnie, bez żadnych rzężeń, siadła sobie nawet i rozmawia z otoczeniem, nasięk oczyszcza się, nie ma nabrzękłych gruczołów podszczękowych, również okolica ta jest niebolesną, ciepłota + 39° C. tętno 88, zapisanego chininu jeszcze jéj nie podano, pije rosół, wino węgierskie zmięszane z ulepkiem malinowym bardzo jéj smakuje. W nocy spała wybornie, przebudzała się na chwilę, oddawała mocz i znowu zasnęła, z łóżka schodzi o własnéj sile, ciepłota wahała się między + 38°—38,5° C., zrana wynosiła 39° C., tętno 88.

20 października rano: Skóra łuszczy się wielkiemi kawałami na całém ciele, mianowicie zaś na udach, przy połykaniu wydarza się, że płyny przez nos przechodzą, jama ust koło języka czysta, nad podniebieniem i połykiem leżą wielkie żółte skupione masy nasięku odddzielone luźno, które po wstrzykaniu z ust się wydobywają, brzegi części zajętych oczyszczają się, chora popija rosół, mleko, kawę i wino. Przez dzień przesypia się, siada na łóżku, jest przytomna, rozmawia z członkami rodziny, mocz oddaje ze świadomością, stolec po pięciu dniach zatkania miała wśród natężenia tęgi i obfity, ciepłota ciała wahała się między + 38° C. i + 39° C.

21 października rano godzina 8ma: Spała w nocy dobrze, przytomna, niedowład podnosiciela górnéj powieki lewéj, w jamie ust uprzątnięte są wszystkie wczoraj luźno porozrzucane strzępy nasięku w okolicy podniebienia miękkiego, połyku, czopka i migdałków, przy piciu rosołu nie doznaje żadnéj przeszkody, tylko przy piciu wina, które przez nos się wydobywa. Ciepłota ciała + 38,5° C. tętno 88. Skóra się łuszczy, chora jest blada i czuje się bardzo osłabioną, nie zażyła dotąd chininu, pije ze smakiem rosół, wino i kawę białą.

22go października rano godzina 8ma: Przez cały dzień wczorajszy miała się dobrze, przesypiała się, siedziała w łóżku, krzątała się koło zabawek, żądała rożka z masłem, o własnéj sile schodzi z łóżka by oddać mocz, ciepłota + 38° C. tętno 84. Skóra się łuszczy, sama sobie zdziera z palców łuszczącą się skórę, jeszcze tu i owdzie w okolicach błonicą dotkniętych widać luźne oderwane kawałki nasięku, które zwolna przez wypluwanie i wycharkiwanie wydalane bywają, atoli przestwór między podniebieniem miękkiém, łukami podniebieniowemi, migdałkami i czopkiem jest znaczny i drożny, czasami płyny do ust brane, nosem odchodzą, powieka górna lewa nieznacznie niżéj stoi od prawéj, chora zresztą przyszedłszy do siebie nie jest apatyczną, okazuje więcéj życia, i opiera się wstrzykaniom.

Dnia 23 października rano: Chora przez dzień wczorajszy miała się dobrze, chęć do jedzenia się zaostrza, do rosołu dostała kaszkę, płucze sobie sama często gardło, nie miała gorączki, stolec prawidłowy. Dziś ciepłota ciała + 37,5° C. tętno 80, gardło oczyszczone, stan prawidłowy.

26 października godzina 8ma rano. Jeszcze są ślady błonicy po brzegach łuków podniebieniowych i czopka, lecz bardzo cienkie, reszta zaś całkowicie jest oczyszczoną, jeśli pije powoli, to dobrze połyka, przy prędkiém piciu część napoju zwraca przez nos; nie mogłem się atoli przekonać naocznie, która część podniebienia miękkiego jest porażoną, bo chora opiera się ściślejszemu oglądaniu i badaniu jamy ust. Ma apetyt dobry i zaspakaja go należycie, a co najważniejsza ciepłota ciała + 37,4° C. tętno 80.

Dnia 29 października godzina 8ma rano: Strupy koło przewodów nosowych zewnętrznych, jak niemniéj strupy na dolnéj wardze i w kącikach ust, grube, zwolna się oddzielają; jeśli chora pije prędko ciepłe napoje, to czasami przez nos przechodzą, na brzegach łuków podniebieniowych i czopka widać jeszcze cienki błonicowy nasięk, od dwóch dni dostrzeżono, że chora nie dosłyszy, badając przeto słuch na obydwóch uszach przekonałem się, że silnego kołatania zegarka kieszonkowego nawet nie słyszy, jeśli się zegarek przykłada do małżowiny i otworu zewnętrznego przewodu słuchowego, nie słyszy go również w okolicy skroniowéj, co przemawia za zniesionem przewodzeniem kości czaszkowych; jeśli się

zaś do niéj mówi silnym głosem w odległości metra, wtedy każdy wyraz wygłoszony powtarza, otoku nie ma żadnego, ciepłota + 36° C. tętno 84. Kazałem trzy razy dziennie wlewać po łyżeczce od kawy letnią wodę do obydwóch przewodów słuchowych zewnętrznych, i zatrzymać płyn pięć minut.

Dnia 31 października godz. 8ma rano: Ciepłota + 36,2° C., tętno 76. Strupy koło przewodów nosowych i na wargach odpadają, owrzodzenia pod niemi pozostałe mniejsze, łuki podniebieniowe i czopek cienkim obrębkiem opatrzone, zresztą czyste, kształtu pierwotnego, nie widać żadnego owrzodzenia, podniebienie miękkie nieporażone kurczy się prawidłowo; teraz już nawet płyny ciepłe dobrze połyka, nie wracają już nosem. Chora, która dotychczas dobrze i śmiało schodziła z łóżka i dobrze stawała, skarży się na ból nóg, mianowicie w okolicy łydek i na chwianie się przy staniu (prawdopodobnie niedowład odnóg dolnych, jaki nieraz bywa następstwem błonicy).

Badanie słuchu wykazuje, że lewém uchem słyszy kołatanie zegarka kieszonkowego wyraźnie, jeśli się go przykłada do małżowiny usznéj, oddaliwszy zaś zegarek o centymetr od przewodu zewnętrznego już nie słyszy jego kołatania, kości czaszkowe nie przewodzą głosu; prawém uchem nic nie słyszy, ani téż nie ma przewodzenia głosu przez kości czaszkowe, mowę zaś głośną chora słyszy w oddaleniu jednego metra, czasem dobrze powtarza wyrazy, czasem zaś bywa niepewną. Poleciłem wsiąkać do nosa i wlewać do przewodów słuchowych zewnętrznych kilka razy dziennie roztwór boraksu 5 gramów na 100 wody.

Wskazanémby było użycie cewnika lub balonu do wpychania powietrza atmosferycznego przez nos do trąbki Eustachego sposobem przez Politzera używanym, nie śmiałem jednak uczynić tego z powodu owrzodziałych przewodów nosowych zewnętrznych, z których od czasu do czasu bryłki już większe lub mniejsze się wydobywają. Spodziewam się, że wsiąkanie w tym razie wystarczy, zwłaszcza że nie było silniejszych objawów przemawiających za nieżytowém zapaleniem ucha środkowego, przypuszczam przeto, że dotychczas tylko jest zatkanie mechaniczne ujścia gardzielowego trąbki Eustachego i że środki wyż zalecone będą wystarczające do usunienia przeszkody mechanicznéj. We dwa dni puścił się otok z ucha lewego, poczém słuch o tyle się na tém uchu poprawił, chora że słyszy kołatanie zegarka jeśli się przykłada zegarek do małżowiny, na prawe zaś ucho nie słyszy kołatania, po stronie prawéj na podniebieniu miękkiém cienki pokład białawy wielkości grochu okrągłego, zresztą wszędzie jama ust jest czysta, strupy koło przewodów nosowych odpadają, a skóra pod niemi sucha.

Dnia 7go listopada: Twarz nieco nabrzękła, jama ust zupełnie czysta, prawém uchem również słyszy kołatanie zegarka przyłożonego do małżowiny usznéj, otok lewego ucha nieznaczny, mocz barwy podobnéj do splóczyny z mięsa, (pod drobnowidem ciałka krwi), po zagotowaniu osadza się białko w znacznéj ilości, chlorki prawidłowe, gorączki nie ma, nie było ani bólu głowy ani wymiotów, moczu oddaje dużo, apetyt dobry.

Z przypadku tego okazuje się, że leczenie błonicy za pomocą chlorku pilokarpinu tym razem nie zabezpieczyło choréj od następstw, jakoto: od cierpienia ucha i nerki.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Przyczynek do epidemiologii krajowéj.

Przypadki *Meningitis cerebrospinalis epidemica* we Lwowie obserwowane w r. 1879 i 1880 w szpitalu powszechnym w III oddz. chorób wewn.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**
prymaryjusza szpitala lwowskiego i lekarza ordynującego w IIIcim oddziale chorób wewn. tegoż szpitala.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Powody albo przyczyny wybuchu. Zanotowano w epidemijach francuzkich wojskowych, że marsze forsowne, że mrozy w ogóle, a więc przeziębienia, brak wentylacyi i przepełnienie zamkniętego powietrza wyziewami, przyczyniają się do wybuchu téj choroby. Nasze chore należały do klasy służących i wyrobnic. Wiadomo nam, jak wielki jest w naszém mieście niedostatek zdrowych pomieszkań, dostatecznéj odzieży i pożywienia dla klas pracujących. Miałem sposobność przekonania się o tém, jak po kilkanaście osób téj klasy skupionych jest na noc w ciasnéj izbie, niskiéj, nieczystéj, łachmanami i smrodem przepełnionéj. Służące znowu nocują zwykle w kuchenkach zadusznych pełnych wyziewów z pomyj, garnków i różnych odpadków kuchennych. Rano wychodzą one na miasto po zakupno wiktuałów odziane tylko dla pokrycia nagości. Mieszkańcy starozakonni w naszym kraju cierpią niemniéj wielki niedostatek w tym względzie i dla tego dostarczają w epidemijach niemałego kontyngensu, jak to było w Lubyczy w tegoroczněj epidemii zapalenia błon mózgordzeniowych. Niemniéj nie ulega wątpliwości, że pomieszkanie zalane przez kilka dni przez Wisłę wywołało w Zalesiu gorzyckiém trzy przypadki śmiertelne téj choroby; w takiém bowiem pomieszkaniu psują się warunki zdrowotne gruntu, podłogi i ścian wilgotnych, pominąwszy inną nędzę, jaka zwykle z taką łączy się przygodą.

Z wyjątkiem kilku (Hirsch, Stokes i M. J. Simon) którzy przypuszczają możliwość zarażenia się tą chorobą przez udzielanie się z jednéj osoby na drugą, wszyscy inni autorowie uważają ją za nieprzenośną przez udzielanie się z chorego na zdrowego. Nie znam żadnego faktu z doświadczenia własnego, któryby przemawiał za taką zaraźliwością, owszem w praktyce prywatnéj obserwowałem przypadek téj choroby epidemicznéj, który świadczyłby przeciw takiemu przypuszczeniu. W domu szewca nadzwyczaj przeludnionym i zanieczyszczonym do tego stopnia, że grube warstwy pleśni pokrywały ścianę i powałę mieszkania, zachorował nagle śród wymiotów i bólu głowy chłopiec 13 letni budowy wątłéj, źle odżywiony. Wybuch choroby nastąpił po przestrachu z powodu napaści psa. Przy badaniu sprawdziłem sztywność karku, bolesność obwodową, gorączkę, późniéj tężec karku, majaczenie, sztywność całego stosu kręgowego, głuchotę. Przebieg choroby był długi, przeludnienie w pomieszkaniu bardzo wielkie, obecność innych dzieci i czeladzi, pomimo tego nie było drugiego przypadku choroby.

Co stanowi istotę przyrzutu i gdzie takowy wylęga się, jaką przybywa drogą do ustroju człowieka, jakie tu przechodzi koleje, dla czego przy jego obecności błony mózgordzeniowe przeważnie, a często wyłącznie, są dotknięte przez zapalenie, są to pytania bez odpowiedzi. H. Day i B. W. Richardson sądzili, że spożywanie pokarmu przyrządzonego ze zboża sporyszowatego jest przyczyną téj choroby.

Day czynił z takiém zbożem doświadczenia na królikach i otrzymał obraz podobny do klinicznego obrazu zapalenia błon mózgordzeniowych epidemicznego. (Zobacz: *„Clinical Histories and Comments“*; pag. 18 i nast.)

Anatomija patologiczna téj choroby była już prawie wyczerpana przez Francuzów (Tourdes, Forget, Magail, Rollet i wielu innych) w latach epidemii francuskiéj (1837 do 1849 r.). Z czasów epidemij niemieckich zbadał Klebs *(Archiw Virchowa* T. 34, pag. 327 i nast.) stósunki anatomiczne takowéj. Główną siedzibą zmian anatomicznych są błony miękkie mózgowia i rdzenia kręgowego. Zmiany te są rozlane i albo w niektórych miejscach mikroskopijne, zbrzęknięcia i zmętnienia komórek, dzielenie się jąderek, albo po bokach naczyń w przestworach podpajęczych znajdują się znaczne i widoczne masy galaretowato ropiaste, włókniakowo i surowiczo ropiaste. Klebs sądzi, że nagromadzenie się takich mas u podstawy mózgowia i w niektórych okolicach rdzenia kręgowego, mianowicie na tylnych płaszczyznach (przy leżeniu na wznak dolne płaszczyzny) dolnéj części rdzenia szyjnego i lędźwiowego, jest częścią zjawiskiem ściekowém, częścią wynikiem różnicy przestronności kanału kręgowego i ruchliwości większéj kręgów szyjnych i lędźwiowych. Znaczne wypociny znajdują się niekiedy w komorach mózgowych, wynaczynienia kapilarne i rozmiękczenia w miąższu mózgowia. Oprócz tych zmian, od których poszła nazwa choroby, Klebs znalazł charakterystyczne stłuszczenie i zziarnienie mięśni dowolnych i serca, niemniéj wątroby i nerek. Następnie w innych narządach obserwowano zapalenie płuc, opłucnéj, osierdzia i nacieki ropiaste w stawach; nacieki gruczołów Brunnera, Peyera i kreskowych. Oględziny pośmiertne naszych przypadków wykazywały zmiany podobne i wielomiejscowe, jak to powyżéj podałem w rozpoznaniach klinicznych i sekcyjnych.

Systematycy odróżniają rozmaite postacie kliniczne choroby, które w różnych epidemijach przeważały i dawały powód do różnych nazw téj choroby ludowych i lekarskich. Pomiędzy ludowemi nazwami zasługują na wspomnienie: włoska *„torticollo“*; niemiecka *„Nackenstarre“*, *„Genickkrampf“*, szwedzkie *„Nachsjuka“* i *„Drachsjuka“*; amerykańska *„cold plague“, spottod fever.* Nazwy te bowiem oznaczają wybitne przypady: sztywność karku i zgięcie głowy w tył; tudzież zjawiska na skórze postrzegane w epidemijach amerykańskich, mianowicie: różyczkę i przystudziennice. W naszéj epidemii nie postrzegałem tych zjawisk, podobnież nie było ich w epidemijach niemieckich, jak podaje Ziemssen (w swoim księgozbiorze T. II. oddz. 2, str. 515). Lekarze nazywali ją tyfusem mózgowym tetanicznym, apoplektycznym, mózgordzeniowym itp. Tourdes (*„Histoire de l'epidemie de meningite à Strassbourg“*, 1843) odróżnia ośm odmian klinicznych téj choroby, które jednak są w większéj połowie przypadłościami poszczególnemi, wyniesionemi do osobnéj postaci; niektóre są tylko powtórzeniem już odróżnionéj poprzednio postaci. 1) Postać piorunująca *(fulminante)*; 2) spiączkowo-kurczowa *(comato-convulsive)*; 3) zapalna; 4) tyfusowa; 5) newralgiczna; 6) paralityczna; 7) hektyczna; 8) kefaliczna (śpiączkowata, bredząca i mięszana). Netten Radcliffe (w Raynolda *„System of medicin“* T. I, pag. 499) odróżnia: 1) Postać powszednią; 2) piorunującą; 3) różyczkową *(purpuric)*. Hirsch i Leyden: 1) piorunującą *(meningitis siderans vel acutissima)*; 2) ostrą i podostrą; nakoniec; 3) poronną *(meningitis abortiva)*. Ziemssen (l. c.) odróżnia oprócz normalnéj przeostréj *(hyperacut)* i poronnéj, jeszcze przepustną i t. z. tyfusowe.

W naszych przypadkach nie mieliśmy postaci piorunującéj ani różyczkowéj; natomiast mieliśmy postać powszednią łagodną i złośliwą, ostrą i przyostrą.

Rozbiór zjawisk i tłumaczenie takowych wynika z anatomicznych zmian błon mózgordzeniowych miękkich i znaczenia takowych fizyjologicznego dla ośrodków i nerwów mózgordzeniowych.

Błony miękkie mózgordzeniowe nie są niczém inném, jak tylko spojówką wielkiéj sieci naczyniowéj, która dostarcza mózgowi i rdzeniowi kręgowemu krwi tętniczéj i odprowadza żylną. Zapuszcza się téż wraz z naczyniami w miąższ mózgu, dla tego to Merkel znachodził w korze mózgowéj i jéj naczyniach bujanie jąderek w zapaleniu błon mózgordzeniowych; Buhl widział komórki ziarniste w téjże chorobie, w saméj istocie mózgu rdzennéj. O ile więc zapalenie błon miękkich rozlane upośledza odnowę ośrodka mózgordzeniowego, o ile przez zmianę krwi i ścian naczyń mózgowych mogą się wytworzyć warunki drażnienia istoty nerwowéj tych ośrodków, o ile nakoniec przez przeszkody w krążeniu i ucisk nacieków wymiana materyi w tych ośrodkach jest przytłumiona lub utrudniona, o tyle téż zajdą ważne zmiany w czynnościach fizyjologicznych ośrodka mózgordzeniowego i wystąpią jako przypady kliniczne choroby, o któréj mowa. Z drugiéj strony zważyć nam należy, że błony miękkie w ważnym pozostają stósunku do nerwów zarówno mózgowych, jak i rdzeniowych. Wypustki tych błon przebiegają bowiem wraz z temi nerwami od ich wyjścia na powierzchnię ośrodka mózgordzeniowego aż do ich rozgałęzienia się na obwodzie. To téż zapalenie błon mózgowych rozlane rozciąga się także na korzenie i pnie nerwów mózgordzeniowych, gdzie osobliwie przy nerwie słuchowym i niekiedy wzrokowym wielkich dochodzi rozmiarów i nasilenia. To téż wcale nas nie zastanawia ta okoliczność, że w zapaleniu błon mózgordzeniowych epidemicznem postrzegamy nietylko ze strony nerwów ruchowych, czuciowych i zmysłowych, lecz także ze strony nerwów troficznych, osobliwie troistego, przypady różne, odpowiednio różnego stopnia nasileniu, różnemu okresowi i różnéj lokalizacyi saméj choroby.

Tak nazwana błona pającza, która wyściela wewnętrzną blaszkę błony twardéj z jednéj, a zewnętrzną powierzchnię błon miękkich z drugiéj strony, przedstawia jak wiadomo rodzaj błony surowiczéj, podobnéj do opłucnéj, otrzewnéj, osierdziowéj i tak samo jak w tych odróżniamy w niéj część ościenną, wyścielającą błonę twardą i część trzewiową pokrywającą błony miękkie. Część trzewiowa jest ściśle połączona z błoną miękką i tworzy na powierzchni zwojów mózgowych przestwory tak zwane podpajęcze. W zapaleniu błon miękkich mózgu przestwory podpajęcze bywają wypełnione wypociną, która jako naciek przechodzi także na część trzewiową saméj warstwy pajęczéj. Wszelako ze względu, że przestrzeń śródpajęcza przerywa ciągłość pomiędzy błoną miękką a twardą, ze względu, że inne naczynia zaopatrują błonę twardą, a inne błonę miękką, zapalenie błon miękkich nie rozciąga się na błonę twardą (chyba tylko wyjątkowo i bardzo rzadko). Jednakże tak naczynia zaopatrujące błony twarde, jako téż naczynia zaopatrujące błony miękkie i ośrodek mózgordzeniowy stoją pod wpływem unerwienia części szyjnéj n. spółczulnego. Jeżeli więc zapalenie

wychodzi z naczyń błon miękkich, to przez odruch naczynia błon twardych i naczynia samego ośrodka mózgordzeniowego bywają rozszerzone i wystrzykane.

Po tych ogólnych uwagach tłumaczenie zjawisk poszczególnych, jakie w zapaleniu błon mózgordzeniowych postrzegamy, nie podlega trudności.

Ból głowy należy odnieść do zadrażnienia nerwów mózgowych samej błony miękkiéj i poniekąd także błony twardéj. Ostatnia otrzymuje swoje nerwy od troistego, błędnego i spółczulnego, które zaopatrują jéj tętnice, zatoki żylne, kości czaszki i ją samą. Przy każdém więc przepełnieniu naczyń twardówki i powiększonym ucisku śródnaczyniowym, może powstać podrażnienie odnośnych nerwów czuciowych ból i zjawiska odruchowe, jak nudności, wymioty.

Błony miękkie mózgu mają siateczkę nerwową pochodzącą od nerwów i splotów naczyniowych. W tych splotach spółczulnych są jednakowoż niteczki nerwów czuciowych, a nawet zmysłowych. (Porównaj Rüdingera: „*Ueber die Verbreitung des Sympathicus in der animalen Röhre, dem Rückenmarke und Gehirn*“, *München* 1863, pag. 81).

Ból stosu kręgowego przy poruszeniach biernych i czynnych niemniéj odnieść należy do podrażnienia nerwów czuciowych błony miękkiéj rdzenia kręgowego, która według Rüdingera pobiera swoje nerwy czuciowe od gałązek łącznych *(rami communicantes)*, pochodzących od korzeni tylnych nerwów rdzeniowych.

Bolesność skóry, mięśni, stawów odnieść należy do zadrażnienia korzeni nerwów tylnych rdzeniowych. Zadrażnienie to pochodzi od zapalenia błony miękkiéj otaczającéj te korzenie nerwowe.

Toż samo sądzimy o bólach i bolesności ścian brzusznych.

Wymioty odnosimy już to do podrażnienia nerwu błędnego, już to do przeszkód w krążeniu i podrażnienia samego rdzenia przedłużonego, do czego należy odnieść pojawienie się cukru w moczu (w jednym z naszych przypadków i w przypadkach Mannkopfa, przytoczonego w Leydena: „*Klin. d. Rückenmarkskrankheiten*“ T. I. pag. 422).

Wciągnięcie ścian brzusznych, niekiedy pojawiające się, odnoszą (Leyden l. c.) także do podrażnienia nerwu błędnego i skurczenia się kiszek. Wzdęcie kiszek i wydęcie brzucha należy już do objawów porażenia.

Stężenie karku, często całego stosu kręgowego i przybranie w skutek tego sztywnéj postaci przy leżeniu na wznak, odnosi się do podrażnienia korzeni nerwów ruchowych. Stężenie to pochodzi od tężca mięśni karkowych, który bywa tak silny, że glowa zgięta w tył tworzy niekiedy kąt prosty z podłużną osią stosu kręgowego.

Objawy podrażnienia i przytłumienie czynności półkul mózgowych, majaczenia, omamy, osłupienie, śpiączka, upośledzenie lub utrata mowy, bezsenność, tłumaczą się podrażnieniem, a względnie porażeniem kory półkul mózgowych. Tak częste występowanie liszaja, róży w jednym z naszych przypadków, w innych epidemijach różyczki, przystudziennic, pokrzywki, opuchliny stawów, twarzy, jak niemniéj prędkie wychudnienie, ostre odleżyny, należy odnieść do upośledzenia, t. j. zadrażnienia a względnie porażenia nerwów t. zw. troficznych. Inne porażenia, drżączka, drgawki mięśniowe, porażenie detruzora i sfinkterów, występują w późniejszym okresie choroby, jako dalsze następstwo grubych zmian materyjalnych w odnośnych nerwach i ogniskach nerwowych.

Tak zwany okres podrażnienia i po nim następującego porażenia, lub też naprzemian idące obydwa stany, tłumaczy Poincaré („*Le systeme nerveux périphérique*“, *Paris* 1876 pag. 53) w ten sposób, że początkowy proces zapalenia, w którym elementy nerwowe są niejako zanurzone, podrażnia je tylko, lecz gdy się wzmoże wraz ze swojemi produktami, natenczas niszczy lub zmienia takowe. To téż początkowo występują bóle, drgawki, kurcze tężcowe, ściągnięcie źrenic, czerwoność twarzy i skóry naprzemian idąca z jéj bladnieniem; późniéj zaś wystąpić mogą *hemi-para* — i *monoplegije*, rozszerzenie źrenic, stała bladość skóry, plamy, wynaczynienia.

Rozbiór i tłumaczenie zjawisk poszczególnych najlepiéj czynić *in concreto* przy łóżku chorego; dla tego poprzestaję tu z braku miejsca i czasu na tych bardziéj ogólnych uwagach.

Wspomnę jeszcze o gorączce, która bywa tu niewielką, chociaż według rozległości i nasilenia samego zapalenia powinnaby być wyższą. Zdaje się jednak, że i w tém szukać należy wpływu samego zapalenia właśnie błon mózgordzeniowych, które może modyfikować wpływ nerwowy na wytworzenie, rozkład i utratę ciepłoty. To téż niektórzy postrzegali tu wielkie ostateczności: mianowicie w amerykańskich epidemijach gorączka musiała być bardzo niska, a zjawiska mózgordzeniowe i śmiertelność znaczna i gwałtowna, skoro lud nazywał chorobę w mowie będącą: zimną zarazą morową, albo zimnym pomorem, *cold plague.* Ziemssen l. c. podaje, że w niektórych przypadkach gorączka dochodziła do 42° C. i nawet wyżéj jeszcze, osobliwie przy zejściu śmiertelném choroby.

Przy wyzdrowieniu niezupełném pozostaje głuchota zupełna i stała i głuchoniemota u dzieci (zobacz Ziemssen l. c.), ślepota, osłabienie umysłowe (pamięci i rozsądku), afazyja, tudzież porażenia poszczególnych nerwów.

Odróżnienie zapalenia błon mózgordzeniowych epidemicznego od zapalenia tych błon pochodzącego z obrażeń głowy i stosu kręgowego, z insolacyi, z zatrucia n. p. wyskokowego i t. d., może być w przypadkach poszczególnych trudném; jakkolwiek wywiady i badanie może nam wykazać obrażenie, nadużycie napojów wyskokowych, rażenie słoneczne, obecność gruźlicy miejscowéj i tym sposobem wszelką usunąć wątpliwość. Wystąpienie w krótkim czasie więcéj przypadków zapalenia błon mózgordzeniowych, czyli wystąpienie epidemiczne téj choroby, odróżnia ją tém samém od przypadków powyższych.

Od tyfusu odróżnić można naszą chorobę przez charakterystyczną sztywność karku, zgięcie głowy w tył, *herpes*, niską gorączkę, brak znaczniejszego obrzęku śledziony; chociaż w przypadkach wyjątkowych może być to trudném.

Od tężca prostego różni się zapalenie błon mózgordzeniowych epidemiczne brakiem szczękościsku, gorączką, bólem głowy, wymiotami.

U osób, które cierpią migrenę, ból i pewną sztywność karku przy nerwobólach karkowych, bole tyłogłowia połączone z wymiotami i t. d., potrzeba być podczas epidemii zapalenia błon mózgordzeniowych ostrożnym, chociaż nielękliwym; potrzeba badać ciepłotę i przeszłość chorego i lepiéj zarządzić środki stanowcze niż zająć stanowisko wyczekujące w razie wątpliwości dyjagnostycznéj.

Co się tyczy leczenia, tyle jest rzeczą pewną, że okła-

dy lodowe wzdłuż stosu kręgowego i na głowę zastosowane równocześnie, w samym początku przystawianie pijawek w odpowiedniéj do wieku i stanu odżywienia ilości, są środkami racyjonalnemi. Czyliby tu nie posłużyły dobrze jakie procedery hydroterapeutyczne, nie umiem powiedzieć, gdyż nie próbowałem żadnych. Wcierania szaruchy są zdyskredytowane, jako nieprzydatne i owszem szkodliwe, jeżeli użyte przesadnie. Coby tu mogły zdziałać synapizmy, wizykatoryje i t. p. środki naskórne odwodzące, do których bańki suche i połączone z nacinaniem skóry także zaliczyć wypada, mogłoby także rozstrzygnąć tylko doświadczenie. Użycie eteru lub innych lotnych istot za pomocą rozpylacza, działa podobnie, jak okłady zimne. Kąpiele letnie lub ciepło przeciągłe należałoby jeszcze próbować.

Co się zaś tyczy środków wewnętrznych używałem w wielkich dawkach dziennych do 12,0 gramów *Natr. salicyl.* w przypadkach, które się skończyły śmiercią. Do chininu nie miałem zaufania; nie używałem téż sporyszu, chlorku żelaza, zalecanego przez amerykańskich lekarzy. Natomiast używałem jodku i bromku potasu w przypadkach, które wyzdrowiały. Zalecanego makowca, morfinu lub chloralu przeciw bólom nie używałem wcale, sądziłem bowiem, że okłady lodowe wystarczą.

W końcu pozwalam sobie namienić, że z opracowań systematycznych choroby, o któréj mowa, odznaczają się z tych, które mi były dostępne: Radcliffe'a w Raynolda „*System of Medicine*" T. I. str. 498; Ziemssena w jego księgozbiorze powszechnie znanym; Leydena w jego „*Rükkenmarkskrankheiten*" T. I. str. 410, Hirscha: *Handbuch der hist. u. geogr. Path.* T. 2. pag. 624. Hassego i Wunderlicha.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Czyżewicz (we Lwowie): **Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1877. Lwów 1880 str. 33 w 8ce z tablicami.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 45.)

Sprawozdanie zwraca daléj uwagę na niestosowność reklam co do urządzeń, komfortu i wygód mieszkań w Krynicy; sprawozdanie zwie je po prostu przesadnemi a porównywanie z cenami zdrojowisk zagranicznych wprost śmiesznèm.

Sprawozdanie przytacza różne niedostatki co do najmu mieszkań, aby zaś położyć tamę ustanawianiu cen wysokich przez prywatnych właścicieli wzywa do budowania nowych domów rządowych i lepszego urządzenia mieszkań w domach własnością Rządu będących, aby tym sposobem wywołać konkurencyję.

Sprawozdanie przytacza jeszcze jako nieodpowiednie urządzenie, że lekarze za kąpiele w Krynicy płacić muszą, co w zdrojowiskach zagranicznych nie ma miejsca.

Zarząd Krynicy powinienby się postarać w zarządzie kolei Tarnowsko-Leluchowskiéj, aby nie szczędzono wagonów, jak to obecnie ma miejsce i aby konduktorowie byli grzeczniejsi i językiem polskim władali. Z naszéj strony dodać winniśmy, że dla chorych do Krynicy jadących byłoby rzeczą bardzo pożądaną, aby pociąg dzienny przybywał do Muszyny wcześniéj niż to obecnie ma miejsce.

Pozwoliliśmy sobie przytoczyć tu ten długi szereg niedostatków Krynicy nieraz już poruszanych, bo przez przytoczenie ich w sprawozdaniu c. kr. kraj. Rady zdrowia istnienie ich zostało niejako urzędownie potwierdzoném a to odniesie może ten skutek, że zostaną one rychło usuniętemi.

Z innych zdrojowisk wspomina sprawozdanie o Iwoniczu i Żegiestowie zaznaczając w tém ostatniem znaczny postęp, jakiego doznał ten zakład i wskazując w jaki sposób możnaby odpowiednio urządzić kąpiele w Popradzie.

Tak jak poprzednie sprawozdanie i niniejsze kończy się wnioskami, których znaczna część już kilkakrotnie rok rocznie do sprawozdań była przyłączaną.

Podajemy tu treść tych wniosków: Rada zdrowia uważa za konieczne dla urządzenia jakiéjkolwiek organizacyi zdrowotnéj łączenie gmin i ustanowienie lekarzy gminnych, uważa iż należy się postarać o przywrócenie domów podrzutków, o utworzenie Wydziału lekarskiego we Lwowie, założenie szkoły weterynaryi, o zwiększenie liczby rządowych i krajowych weterynarzy, utworzenie płatnych akuszerek gminnych, o pomnożenie zakładów dla obłąkanych, urządzenie krajowego zakładu dla głuchoniemych, zmniejszenie ilości świąt i odpustów, wybudowanie zakładu położniczego. Daléj uważa c. k. Rada zdrowia, że należy jak najrychléj wprowadzić w życie objazdki powiatów przez lekarzy powiatowych i zwrócić uwagę c. k. Starostw na niedokładne obserwowanie urzędowe chorób nagminnych, oraz c. kr. Sądów na potrzebę częstszego i dokładniejszego badania przyczyn śmierci gwałtownych. Nakoniec zdaniem c. k. Rady zdrowia wypada zwrócić uwagę c. kr. Ministerstwa rolnictwa na usterki wykazane w administracyi zakładu zdrojowego w Krynicy.

Do sprawozdania dołączoną jest znaczna liczba tablic, jak za lata 1875 i 1876. W ogóle sprawozdanie za r. 1877, zbliżone układem do sprawozdań w roku zeszłym wydanych za lata 1875 i 1876, nadaje się bardzo do porównań z niemi, z których wysnuć się dają wprawdzie smutne wnioski co do stanu sanitarnego kraju ale zarazem i ta okoliczność, że c. k. Rada zdrowia coraz dokładniéj bada stan kraju, a należy mieć nadzieję, że badanie to stanowić będzie podstawę dla przyszłych reform, które przy życzliwości wysokich Władz rządowych dla naszego kraju c. k. Radzie zdrowia rychło uda się przeprowadzić. *Dr. Grabowski.*

Jad wąglikowy i szerzenie się zarazy śledzionowéj. Pogląd na najnowsze poszukiwania

I.

Nauka o grzybkach i jadach grzybkowych, niezmiernie ważna dla etyjologii i terapii chorób zakaźnych, tudzież dla praktycznéj higijeny, zajmuje dziś umysły wszystkich lekarzów.

Po dziś dzień jednak nie mamy należycie opracowanéj femenologii jadów chorobotwórczych. Od czasu pierwszych prac Du Barryego, Halliera, ogłoszonych przed rokiem 1866, o nowym dziale jadów organicznych w postaci drobnowidowych ustrojów roślinnych, mnóstwo pojawiło się rozpraw w przedmiocie pasorzytów grzybkowych, najrozmaitsze wywołujących choroby ludzkiego ustroju. Olbrzymiego materyjału naukowego, jaki się w ciągu lat ostatnich nagromadził, prawie nie podobna dziś objąć pamięcią, a tém samém niezmiernie trudno zdać sobie jasną sprawę z dotychczasowych poszukiwań na polu mykopatologii. Wiele z nich nie ma żadnéj wartości. Chcąc się przeto ochronić od zawodów należy z surową krytyką wyszukiwać złotych ziarn porzuconych między plewy w tym nawale prac o jadach chorobotwórczych. Aby zaś nie pominąć najświetniéj uzasadnionych faktów i opartych na nich wniosków, trzeba znać wszystko,

co niezmiernie utrudnia trzymanie się na równi z postępem wiedzy lekarskiéj.

Dobrze też uczyniło Towarzystwo lekarzy monachijskich urządzając szereg wykładów w przedmiocie etyjologii chorób zakaźnych ze stanowiska teoryi grzybicowéj *(Pilztheorie)* traktowanéj, a to dla zaznajomienia lekarza z najnowszemi zdobyczami w téj mierze.

Bądź co bądź w krótkim czasie powstanie nowa nauka, którą nazwać by można bakteriologiją patologiczną.

W ślady twórców nowego kierunku Davaina i genialnego Pasteura wstąpili niemieccy badacze drobnowidowych jadów chorobotwórczych. Z nieporównaną ścisłością zastosowali oni nowe sposoby badania do rozstrzygania najzawilszych zagadnień. Prace Ferdynanda Cohna, Nägelego i Roberta Kocha otwierają nowy okres dla rozwoju nauki o grzybkach chorobotwórczych. Do tych uczonych przyłączył się cały zastęp młodych pracowników w rodzaju Buchnera, Grawitza itd., których rozprawy służyć mogą za wzór ścisłego badania, opromienionego światłem umiejętnéj krytyki.

Odkładając zdanie sprawy z odczytów monachijskich, streszczających obecne stanowisko nauki grzybicowéj, aż do czasu ich ogłoszenia w całości, podamy obecnie treść kilku najnowszych prac, rzucających nowe światło na powstawanie i warunki życia jadów grzybkowych, — prac rozwiązujących kilka ważnych zagadnień i szeregu spornych kwestyj, których tak wiele w mykologii napotykamy.

Do prac wielkiéj doniosłości należy niewątpliwie rozprawa habilitacyjna Dra Jana Buchnera z Monachium, niedawno ogłoszona pod tytułem:

„Ueber die experimentelle Erzeugung des Milzbrandcontagiums aus den Heupilzen, nebst Versuchen über die Entstehung des Milzbrandes durch Einathmung.

W dziale roślin plechowatych (*Thalophytae)* istnieje osobna klasa „niższych grzybków“ (*Schizomyceten),* zwanych także grzybkami rozszczepnikowemi *(Spaltpilze)*, lub gnilnemi komórkami drożdżowemi (*Fäulnisshefezellen*). Tu należy prątek (*bacterium*), mętwik (*vibrio),* prątek kręty (*spirillum*), zaczynnik (*micrococcus*), itd. Cohn odróżnił w téj klasie mnóstwo rodzajów i gatunków i dla każdego rodzaju robienia drożdżowego przeznaczył odrębny grzybek. Przeciw takiemu podziałowi grzybków rozszczepnikowych wystąpił Nägele dowodząc, iż ani cechy postaciowe ani też rozmaitość rozkładów, przez grzybki te dokonywanych, nie upoważnia nas do dzielenia gatunku na wiele form odrębnych.

Wszystkie grzybki rozszczepnikowe przedstawiają drobne, okrągławe, niemal kuliste komórki. Grzybki te tak w stanie spoczynku jak i rojenia, czy to odrębnie występujące w chwili dzielenia się, czy też skupione w pałeczki lub długie proste albo skręcone nicie, za mało przedstawiają stałych cech, któreby mogły posłużyć do ustanowienia osobnych gatunków, zwłaszcza, że ich znamiona postaciowe zawisły od warunków wzrostu i wraz z nim szybkiéj ulegają zmianie.

Z drugiéj znów strony Nägeli w jednym rozkładzie organicznym znajdował najrozmaitsze formy grzybkowe, jak również spostrzegł, że jednakowe na pozór grzybki wywoływały najróżnorodniejsze rozkłady. Zresztą zdolność pewnéj formy grzybkowéj do wywolywania właściwego rozkładu łatwo się zmienia (Buchner). Tak na przykład grzybki sprawiające kiśnienie mleka przez kulturę na ocukrzonym wyciągu mięsnym tracą zdolność zakisającą i nabierają własności sprowadzania amonijakalnego rozkładu mleka. Też same grzybki hodowane daléj na mleku w setnéj generacyi na nowo sprawiać mogą kiśnienie mleka, czyli pierwotna ich własność z czasem powraca.

Opierając się na takich spostrzeżeniach i ogólnych fizyjologicznych rozumowaniach Nägeli utworzył teoryję, według któréj wszystkie grzybki rozszczepnikowe mają pochodzić z jednego lub kilku rodzajów, z których każdy przechodzi przez dość znaczny szereg postaci pośrednich, tworzących zamknięte rozwojowe koło. Rozmaite rodzaje mają podobne formy i podobny sposób działania, to jest mogą występować w postaci, zaczynnika (*micrococcus*), prątka (*bacterium*), lub prątka skręconego (*spirillum*), a każdy z nich może wytwarzać w mleku kwas mlekowy, w mięsie gnicie, w winie robienie śluzowe itd.

Według téj teoryi zmiana chemicznych warunków podścieliska w przebiegu czasu sprowadza zmiany postaciowe które tym pewniéj się pojawiają, im szybciéj następują po sobie generacyje. Stopień zdolności grzybka stosowania się do środka, w którym żyje, zależy od trwania wegetacyi grzybka w jednych i tych samych warunkach. Skoro działanie owych warunków będzie trwale, wtedy i grzybek nabiera stałych własności i więcéj się nie zmienia.

Z téj teoryi wynika: iż rozmaite postacie grzybkowe mogą nawzajem w siebie przechodzić tworząc w ten sposób koła rozwojowe. Tak naprzykład obojętna naturalna forma grzybkowa może mieć przez pewien czas własność zakwaszania mleka, w następstwie utracić ją i powrócić do pierwotnéj formy naturalnéj. Za têm rozumowaniem zdawały się przemawiać niewątpliwe przypadki samoistnego powstawania chorób zakaźnych.

Teoryję tę Nägelego, zwaną teoryją przystosowania się (*Anpassungstheorie*), świat uczony przyjął z lekceważeniem uważając ją za wymysł bujnéj fantazyi.

Rzecz się jednak zmieniła.

Doświadczenia H. Buchnera stanowczo udowodniły prawdziwość powyższéj teoryi Nägelego i wykazały nadto, że bez owéj hypotezy, będącéj wynikiem systematycznego myślenia, obecne poszukiwania młodego uczonego nie byłyby możliwe ku wielkiéj szkodzie umiejętności. Nietylko bowiem są one niezmiernie ważne dla metody badawczéj w ogóle, ale nadto rozstrzygają wiele spornych kwestyj, wykrywają fakty wielkiéj doniosłości i objawiają w zupełności morfologiczne podobieństwo, zachodzące między prątkami siennemi i prątkami wąglikowemi, po raz pierwszy przez Cohna spostrzeżone. *Dr. Lutostański.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

Senator, Landendorf: O produktach rozkładowych w przewodzie pokarmowym noworodków.

Na podstawie najnowszych badań z dziedziny chemii lekarskiéj wiemy, że istoty białkowe wprowadzone do przewodu pokarmowego, ulegają tamże gniciu, wytwarzając przytêm w piérwszéj części produkta rozkładowe, jak indol, kreozol i fenol, które to produkta w związku z kwasem eterosiarkowym w moczu wykryć można.

Senator, wychodząc z téj zasady, powziął myśl przekonania się, czy te produkta rozkładowe można także znaleść w moczu noworodków, które jeszcze żadnych pokarmów nie przyjmowały. W tym celu badał nie tylko mocz, ale także smółkę i wodę płodową.

Co do barwika indychtu z sześciu prób, żadna tego barwika nie wykazała; kreozol, fenol wynajdował zaś prawie w każdéj próbie, czasem nawet w nadmiernych ilościach, szczególnie fenol, również kwas eterosiarkowy, który występuje w związku z temi ciałami, przy każdém poszukiwaniu dał się wykazać, jakkolwiek w bardzo zmienny ch ilościach.

W smołce wykrył wprawdzie kwasy tłuszczowe, nigdy zaś wyżéj wzmiankowanych zasad organicznych.

W wodzie płodowéj wykazał tylko zmienne ilości kwasu eterosiarkowego.

Celem dokładniejszego przekonania się o prawdziwości swoich wyników badał późniéj mocz i kał noworodków już to piersią matki już téż to sztucznie karmionych. W tych poszukiwaniach doszedł Senator co do indychtu i kwasu eterosiarkowego do bardzo zmiennych rezultatów, raz bowiem wykrył jeden lub drugi składnik, drugi raz wykazanie tychże wcale mu się nie udało. (Przypisuje to przeszkodom technicznym przy badaniu). W kale za to ani indolu ani fenolu nie znalazł.

Co do zmienności wyników badań moczu dzieci już żywionych przypuszcza Senator, że przyczyną tego jest zmienna ilość i jakość soków trawiennych, przez co fermentacyja w różny sposób i w różnym stopniu może być wstrzymaną, a powtóre, że treść przewodu pokarmowego przy energiczniejszych ruchach robaczkowych szybko na zewnątrz się wydala.

W końcu dochodzi do następujących wniosków:

a) że kwas eterosiarkowy przechodzi z krążenia matki do krążenia płodu, a ztąd do moczu noworodka;

b) że istoty barwik indychtu wytwarzające drogą krążenia matki nie dostają się do ciała noworodka;

c) że kwas eterosiarkowy w wodzie płodowéj może pochodzić albo z krwi matki, albo z moczu płodu;

d) ostatni wniosek, mogący mieć pewne znaczenie sądowo-lekarskie, potrzebujący jednak dalszego stwierdzania, że wykrycie indolu w moczu noworodka mogłoby stanowczo świadczyć o pozamaciczném dalszém życiu dziecięcia, t. j. że ono już mlekiem matki lub téż sztucznie było żywione.

Brak jednak tego barwika w moczu nie wyklucza życia płodowego lub pozamacicznego, gdyż wyniki badań moczu dzieci już żywionych co do tego barwika były bardzo zmienne. (*Zeitschrift f. physiolog. Chemie* IV. 1880).

W pewnym związku z powyższą pracą Senatora jest nowa praca Landendorfa, na którą się powołuje, a że rezultaty téjże pracy, jako nowe i mało znane, są dosyć ciekawe, w krótkości je także podamy.

Praca Landendorfa zajmuje się wykazaniem czasu pojawiania się pojedyńczych fermentów trawiennych u płodu.

I tak znalazł on, że pepsyna pojawia się w przebiegu 3 lub z początkiem 4 miesiąca życia płodowego, w którym to czasie kwasu żołądkowego znaleść nie można. Trypsyna (ferment trzustkowy trawiący włóknik) pojawia się dopiero z początkiem 5 miesiąca, a pankreatyna (ferment rozkładający mączkę na cukier) wcale się nie pokazuje za życia płodowego, co dowodzi, że trzustka produkuje dwa różne, oddzielnie obok siebie istniejące fermenty. (*Archiv f. Anatom. u. Physiolog.*). *Dr. W. K.*

Dr. Genser i Dr. Zit: **O stosowaniu kwasu karbolowego w praktyce dziecięcéj.**

Jak ostrożnym należy być przy używaniu kwasu karbolowego u noworodków i dzieci ssących, dowodzą następujące przypadki: W wiedeńskim zakładzie podrzutków u dziecka 14 dni liczącego opatrywano ranę zgorzelinową wielkości dwudziestocentówki pod prawą pachą 2% rozczynem kwasu karbolowego; po 3ch dniach z powodu szerzenia się zgorzeli w głąb opatrzono ranę 5% rozczynem i już po kilku godzinach wystąpiły objawy zapadu i wymioty, przyczém mocz oddany był barwy ciemnobrunatnéj, plamy od moczu na pieluchach fiołkowe, stolce żółte albo ciemnobrunatne, wymiociny żółte z śluzem pomięszane. Mocz badany w pracowni prof. Ludwiga dawał z kwasem solnym i chlorkiem barowym dopiero przy dłuższém gotowaniu osad, przy parowaniu moczu czuć było w parze uchodzącéj zapach dziegciu. Kwas karbolowy zastąpiono u dziecka wodą chlorową, zaordynowano kąpiel gorczyczną, a gdy tegoż dnia wieczór wystąpiły drgawki, na wewnątrz 2% rozczyn siarkanu sodowego, polecanego jako odtrutkę na kwas karbolowy. Barwa moczu nie zmieniła się, nazajutrz wystąpił zapad większy, drgawki powtórzyły się i pomimo użycia różnych środków podniecających i pobudzających dziecko umarło w południe, a więc prawie we 24 godzin po pierwszém wystąpieniu objawów zatrucia. Przy sekcyi znaleziono przekrwienie opon mózgowych, mózgu, płuc i wątroby, przekrwienie i powiększenie śledziony a przytém w sercu i większych naczyniach skrzepy krwi wprawdzie dosyć wiotkie, ale i tak sprzeciwiające się ogólnemu mniemaniu, że krzepliwość krwi jest wybitnie zmniejszoną przy zatruciu karbolowém.

Drugi przypadek dotyczy również noworodka, u którego po odpadnięciu na trzeci dzień po porodzie resztek pępowiny powstało nazajutrz zaczerwienienie pępka i obrzęk nieco ropy wydzielający, poniżéj zaś pępka utworzył się pęcherz płynem surowiczym mętnym wypełniony, po którego pęknięciu pozostało powierzchowne owrzodzenie (*excoriatio*). Na ranę tę przykładano 2% rozczyn oliwy karbolowéj 3—4 razy dziennie, a gdy i na innych miejscach ciała powstały podobne acz mniejsze pęcherze, matka dziecka jeszcze częściéj i gorliwiéj przykładała oliwę karbolową. Po dwu dniach takiego leczenia dziecię zaczęło jęczeć i być niespokojném, nastąpiły kilkakrotne wymioty, stolce zielono zabarwione, stan bezgorączkowy; nie domyślając się właściwéj przyczyny choroby uważano cierpienie za niestrawność, dopiero gdy w ciągu dnia dziecię coraz bardziéj słabło, wymioty nie ustępowały a mocz przybrał ciemną barwę, usunięto kwas karbolowy nazajutrz rano i zaraz téż dziecię wróciło do zdrowia. Po kilku tygodniach wezwano znów do tego samego dziecka Dra Z. z powodu obrzęku i zaczerwienienia obu brodawek sutkowych; polecił on przyłożyć na miejsca cierpiące maść jodową i przykryć je watą karbolową w domu naówczas się znajdującą. Wata karbolowa przylegała do piersi przez 12 godzin i wywołała zatrucie, objawiające się niepokojem i jęczeniem dziecka, wymiotami śluzowemi i ciemném zabarwieniem moczu; po usunięciu waty karbolowéj ustały i przypady wymienione.

Nie od rzeczy będzie przytoczyć na tém miejscu przypadek Hamiltona Davida, który u chłopca na ranę 9 cali długą założył opatrunek karbolowy, a chłopiec umarł po $3\frac{1}{2}$ godzinach wśród objawów shoku, tudzież przypadek Weissa z Pragi, który widział zatrucie po opatrzeniu kwasem karbolowym rany napletka obrzezaniem wywołanéj. (*Wien. med. Blätter Nr. 43*).

Dr. T. W.

Abadie: **Częściowa tenotomia mięśni ocznych w celu zwalczenia postępów myopii.**

Jest rzeczą stanowczo stwierdzoną, że myopia powstaje skutkiem pracy ocznéj, osobliwie czytania i pisania. Odbywają się przy tém dwie czynności fizyjologiczne: po pierwsze oko stosuje się do pobliża, powtóre osie oczne przybierają kierunek zbieżny. Z dwóch tych czynników ostatni tylko zdaniem A. wpływa na powstanie myopii. Co do sposobu, w jaki zbieżność osi ocznych wywołuje zmiany właściwe myopii w tylnym odcinku ściany gałki ocznéj, A. odrzuca tłumaczenie Giraud-Teulona, upatrujące przyczynę w ucisku wywieranym przez mięśnie skośne, jakotéż i inne, które mięsień prosty zewnętrzny o to obwinia, przypisując mu możność ugniecenia oka w kierunku południka poziomego podczas zbieżności osi ocznych. Gdyby którekolwiek z tych dwóch zapatrywań było słusznem, zmiany wytwarzaćby się musiały w samym tylnym biegunie oka, gdy tymczasem garbiak tylny wszczyna się zawsze przy brzegu zewnętrznym nerwu wzrokowego i przybiera stale postać półksiężycowatą. A. zgadza się w téj mierze z tłumaczeniem Emmerta, który wykazał, że przy mocném zwróceniu oka na wewnątrz mięsień prosty zewnętrzny ciśnie nerw wzrokowy poprzez tkankę łączną i tłuszczową i wypycha go ku wewnątrz. Skutkiem tego następuje zwolnienie związku nerwu wzrokowego z twardówką i z naczyniówką, co sprowadza właściwy jéj zanik w postaci półksiężyca, podczas gdy w twardówce rozstępują się obie pochwy nerwu wzrokowego zlewające się w tém miejscu z twardówką. To zmniejszenie oporności ściany ocznéj pomiędzy tarczą n. wzr. a plamką żółtą jest przyczyną, iż ona podaje się nawet prawidłowemu uciskowi śródocznemu, oś przodowotylna wydłuża się, a myopia robi dalsze postępy. Wynika z tego, że usiłowania nasze dążyć muszą do zmniejszenia ucisku na nerw wzr. przez mięsień prosty zewn., tudzież do ułatwienia krótkowidzom zbieżności osi widzenia. Przeciw niepodolności mięśni prostych wewnętrznych i przypadom niedomogi mięśniowéj już Graefe zalecał i wykonywał przecięcie mm. prostych zewnętrznych, operacyję obecnie, jak A. sądzi, porzuconą z obawy przed powstaniem zezowatości zbieżnéj. W przypadkach myopii postępowéj, w których skłonność do zezowatości rozbieżnéj jest jeszcze małą, a zależy właśnie na wczesném usunięciu ucisku mięśnia prostego zewn. na n. wzrokowy celem zapobieżenia postępom myopii wskazane jest osłabienie tego mięśnia bez zmiany jego przyczepienia. Ażeby to osiągnąć A. zaleca częściowe przecięcie ścięgna m. prostego zewn. w ten sposób, że odcina jego przyczepienie od twardówki pozostawiając wszakże nietkniętą małą ilość jego włókienek środkowych, któreby przeszkodziły cofnięciu się mięśnia ku tyłowi. Cofnięcie się przeciętych górnych i dolnych włókienek przyczepienia osłabia mięsień do pewnego stopnia. A. wykonał tę operacyję kilkakrotnie u krótkowidzów, a nawet u osób z oczyma miarowemi cierpiących niepodolność mięśni prostych wewnętrznych i usunął w ten sposób przypady niedomogi mięśniowéj, któréj użycie szkieł pryzmatycznych nie mogło zaradzić. Za pomocą téj operacyi możnaby również leczyć tak przykre dwuwidzenie powstające skutkiem niedowładu (*paresis*) mięśni ocznych bez widocznéj zezowatości. (*Le Progrès Medical Nr. 42*).

Prof. Dr. Rydel

Wiadomości pomniejsze.

(y) Środek przeczyszczający u suchotników. Przeciwko zatwardzeniu u suchotników radzi Ferrand następującą mieszaninę, która się zażywa we filiżance herbaty:

Magnesiae calcinat. 2·00—4·00
Mannae electae 30·00—40·00

Dodawszy do téj mięszaniny nieco miodu można ją zmienić na *electuarium*, którego się używa rano po łyżce stołowéj:

Mannae electae 30·00
Magnesiae calcinatae 4·00
Mellis albi 30·00

(*France médicale* 1880. 84).

(y) Proszek przeciw ostremu nieżytowi nosa. Yvon zaleca na początku ostrego nieżytu nosa wciągać następujący proszek; lekko ściągający i narkotyczny uspokaja a niekiedy nawet wstrzymuje nieżyt nosa:

Bismuthi subnitrici 20·00
Pulv. resin. benzoes 10·00
Tannini puri 4·00
Muriat. morph. 0·10

(*France médicale* 1880. 84).

(T. W.) Przeciw kurzéj ślepocie (*Hemeralopia*), która ostro wystąpiła u więźnia 24 lat liczącego zastósował Dr. Mecklenburg (*Berl. klin. Woch.* Nr. 44) z bardzo dobrym skutkiem pilokarpin. Gdy bowiem zwykłe środki przeciw temu cierpieniu używane nic nie pomagały, wstrzyknął M. w 6tym tygodniu podskórnie całą strzykawkę rozczynu pilokarpinu (0.10 na 5.00 wody) a już nazajutrz chory lepiéj widział, po trzech zaś wstrzyknięciach ustąpiło cierpienie całkowicie.

(T. W.) Jak długo mogą przebywać obce ciała w przewodzie pokarmowym, dowodzi przypadek opisany przez Mittwega w *Correspondenzblatt d. aerztl. Ver. im Rheinland* Nr. 26. U człowieka, który przez 2 ½ roku cierpiał na objawy nieżytu żołądka i kiszek, wystąpiły po założeniu do żołądka sondy silne wymioty; w wymiocinach znaleziono pestkę wiśniową a przy dalszém pompowaniu żołądka i użyciu lewatyw wyszło tak przez usta jak i ze stolcem razem 80 pestek wiśniowych. Chory ów, który zupełnie zasługuje na wiarę, jadł ostatni raz wiśnie przed 2 ½ laty i od tego też czasu jest cierpiącym.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu.

z dnia 7 października 1880 r.

Obecnymi na posiedzeniu byli koledzy: Kaczorowski, Kramarkiewicz, Gąsiorowski, Koszutski, Jerzykowski, Wicherkiewicz, Grodzki, Kapuściński, Osowicki, Jarnatowski i sekretarz. Jako gość Dr. Opieliński ze Środy.

Po przeczytaniu i przyjęciu sprawozdania z ostatniego posiedzenia przedstawili koll. Opieliński i Osowicki 32-letnią kobietę ze Środy ze symetryczną zgorzelą palców u rąk i nóg. 5go stycznia r. b. zgangrenowały pierwsze dwie falangi u prawéj ręki, która dość znacznie obrzmiała i była przy dotykaniu nader bolesną. Po niejakim czasie obrzmienie ustąpiło, lecz już w lutym zaczął wielki palec u lewéj nogi obumierać. Przez marzec i kwiecień cały chora czuła się dość zdrową, lecz już w maju choroba na nowo wróciła. Stósowano wewnętrznie chinin, jodek żelaza i napoje wyskokowe. Później używano ciepłych kąpieli ze solą morską. W ostatnich czasach podawano choréj preparata arsenowe i naparstnicę, lecz wszystkie te środki okazały się bezskutecznemi. Dr. Kaczorowski uważał początkowo chorobę tę za troficzną newrozę występującą zupełnie symetrycznie. Przy braku jednakże innych objawów troficznych trudno pozostać przy tém zdaniu. Kol. Kaczorowski przypuszcza w przypadku tym pewną dyskrazyję na podstawie kiłowéj i ra-

dzi spróbować kuracyi przeciwkiłowéj. Że u choréj żadnych nie ma innych objawów kiłowych, niczego to jeszcze nie dowodzi, bo i przy *sclerosis syphilitica* nie spotyka się także żadnych innych oznak specyficznych, a przecież leczenie przeciwkiłowe tak dobre i błogie oddaje przysługi.

Następnie kol. Grodzki przedstawia chorego z wielkiém powiększeniem śledziony. Stan ogólny pacyjenta zawsze był dobry; w ostatnich tylko dniach uskarżał się chory na brak apetytu i ciśnienie w żołądku. We krwi chorego znalazł kol. Grodzki nader wiele białych ciałek krwi, chociaż stan ogólny bynajmniéj nie przemawia za leukemią. Terapia: żelazo i jodek potasu. Kol. Kaczorowski namienia, że obecnie panuje tyfus powrotny, zdający się być początkowo już to zimnicą, już to tyfusem jelitowym. Po deferwescencyi jedynie można się o rzeczywistym przekonać stanie. Cieplota spada powoli. Dobrzeby było u chorego przedstawionego przez kol. Grodzkiego kontrolować jego ciepłotę, a może wtenczas do pewnéj dojdzie się diagnozy. Kol. Wicherkiewicz zapytuje się, czy chory nie uderzył się przypadkiem w okolicę śledziony, i przytacza przypadek ze swéj praktyki, gdzie kontuzyja śledziony wywołała dość znaczne zwiększenie się tejże. U pacyjenta kol. Grodzkiego kontuzyi śledziony nie było.

Przy dyskusyi nad chorobami obecnie panującemi namienia kol. Kaczorowski, że tyfus osutkowy znikł zupełnie, lecz że zato rozszerza się dur powrotny, zimnica i dur jelitowy. Bieg gorączki w tyfusie powrotnym był w ostatnich tygodniach nader dziwny, gdyż deferwescencyje nigdy nie były zupełnie czyste.

(Dokończenie nastąpi).

Sekcyja lwowska Tow. lek. galic.

Posiedzenie XIII z dnia 14go lutego 1880.

W zastępstwie nieobecnego kol. Głowackiego przewodniczy kol. Widmann. Obecnych członków 18.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Na wniosek kol. Żulińskiego poleciło zgromadzenie Radzie zawiadowczéj, aby Dra Aleksandra Janiszewskiego, lekarza szpitala Jana Bożego w Lublinie, przyjęła na członka honorowego naszego Towarzystwa. Kilka pomniejszych broszur przysłanych przez Dra Janiszewskiego ofiaruje wnioskodawca do biblijoteki Towarzystwa.

3) Kol. Krobicki opisał przypadek śmierci pozornéj ze stężeniem jakoby pośmiertném, obserwowany w tutejszym szpitalu. (Opis ten był podany w Przeglądzie Lek.)

W dyskusyi nad odczytem opowiada kol. Pawlikowski o podobnym przypadku, który się wydarzył jeszcze w dawniejszéj kostnicy szpitala tutejszego. Była to kobieta odesłana przez lekarza miejskiego do trupiarni. Dozorca zdejmujący z niéj suknie, przekonawszy się, że ciało jest ciepłe, dał znać o tém do szpitala, gdzie ją ocucono. W kilka dni jednak umarła w skutek obrzęku płuc. Kol. Tarnawski namienia, iż obserwował u noworodka na tutejszym oddziale położniczym już podczas konania stężenie, kiedy oddech i ruchy serca jeszcze dały się stwierdzić. Do tężca nie można było tego odnieść, albowiem objawów téj choroby przed konaniem nie było, lecz zakażenie gnilne śmierć wywołało. Kol. Laskiewicz uważa owo stężenie w przypadku prelegenta za objaw choroby mózgowéj (*sclerosis disseminata*); znaczniejsza bowiem zbitość mózgu, o czém przy sekcyi się przekonano, przemawia za tą chorobą. Zarazem wspomina tenże kolega o sekcyi dziecka, wykonanéj we Wiedniu, gdzie pomimo wszystkich zjawisk śmierci po otworzeniu klatki piersiowéj stwierdzono bicie serca trwające jeszcze z 5 minut. Prelegent odpowiada, iż o chorobie mózgowéj w opisanym przypadku nie może kol. Laskiewiczowi dać wyjaśnienia, albowiem nie badał rzeczonego mózgu pod mikroskopem.

4) Kol. Merunowicz odczytał sprawozdanie statystyczne śmiertelności miast w Galicyi, mających nad 15.000 ludności z uwzględnieniem śmiertelności dzieci i chorób zakaźnych, mianowicie za czas czterotygodniowy od 1 do 31 stycznia 1880 i obliczenie odsetkowe jednoroczne za r. 1879, porównywając je z wykazem śmiertelności 7miu miast niemieckich i Poznania z dwóch lat poprzednich. (Sprawozdanie to było odczytane na ostatniém posiedzeniu Rady zdrowia i umieszczone w „Dwutygodniku med. publ. i prakt." Nr. 5 z r. 1880).

W dyskusyi nad tym przedmiotem kol. Pawlikowski podnosi nastręczające się trudności w zestawieniu liczb statystycznych w naszych pomniejszych miastach, mianowicie że do ogólnéj cyfry śmiertelności nieraz jest doliczoną także śmiertelność z sąsiednich przysiołków, z któréj to przyczyny może wypaść zbyt wielką. Do nowego Sącza np. należy 6 wsi. Daléj namienia, iż śmiertelność miast wzmaga się w skutek wielkiéj ilości nieślubnych dzieci, a przedewszystkiém żydowskich, urodzonych z małżeństw zawartych prywatnie bez zatwierdzenia w urzędzie, które także za nieślubne uchodzą. Brak troskliwéj opieki wpływa na nie zabójczo. Nakoniec zwraca uwagę na złe higijeniczne stosunki Lwowa, w którém to mieście cyfra śmiertelności z suchot płucnych jest najwyższą w całéj Europy. W odpowiedzi na powyższe uwagi przypomina prelegent, iż na wstępie odczytu zastrzegał się, o ile podane liczby statystyczne mogą być z rzeczywistością zgodne. Wiadomo bowiem, iż świeżego obliczenia ludności nie ma, aż dopiero w następnym roku ma ono przyjść do skutku; to też musiał prelegent do obecnego wykazu wziąść za podstawę spis ludności z r. 1859 i 1869 doliczając do niego przeciętny przyrost roczny. Że jednak i tym sposobem do prawdziwéj liczby dojść trudno, przekonywa Tarnów, na które to miasto zanadto wielka liczba, bo 32.324 mieszkańców przypadła. Niemniéj w skutek znacznego a zmiennego odpływu i przypływu ludności w mniejszych miastach są liczby bardzo chwiejne. Ta niepewność co do liczby mieszkańców pojedyńczych miast nie wpływa jednak na oznaczenie odsetku chorób zakaźnych z ogólnéj liczby śmiertelności; dla tego téż mają te cyfry wielką doniosłość, wykazując o ile przewyższa śmiertelność miast naszych miasta niemieckie. Czyż nie są one wymowną przestrogą, że złym stosunkom sanitarnym naszego kraju zaradzić potrzeba? Co do wliczania ludności przysiołków do miast, to powinny one, mając lepsze warunki higijeniczne, śmiertelność raczéj obniżać aniżeli podwyższać, gdyż zarówno z liczbą mieszkańców wliczoną do miastowéj, bierze się razem i ich cyfrę śmiertelności.

(Dok. nastąpi).

V. Listy z Berlina.

II.

Przystępując do dalszych oddziałów i klinik pomieszczonych w Charité wspomnę tylko kilka słów o oddziale ginekologicznym prof. Schroedera, pomieszczonym w staréj Charité w lewém i prawém skrzydle na II piętrze.

Cały ten oddział zajmuje 4 sale, każda po 10 łóżek, a więc razem 40 łóżek i salę operacyjną. Jedną z niedogodności tego oddziału jest to właśnie, iż jedna część jest zbyt oddaloną od drugiéj. Sale są nieduże, dla tego i pomieszczenie, choć dla tak małego oddziału, zbyt szczupłe. Ale téż temu wnet zaradzi się, ponieważ w przyszłym roku będzie ukończony nowy budynek dla kliniki ginekologicznéj i położniczéj, która się obecnie znajduje przy Dorotheenstrasse. Budynek ten bardzo obszerny znajduje się przy Ziegelstrasse, nieopodal od polikliniki chirurgicznéj prof. Langenbecka. Urządzenie oddziału ginekologicznego w Charité nie przedstawia nic szczególnego a i materyjał, jak na Berlin, nie zbyt wielki. Pomiędzy temi 40 choremi znajdują się stosunkowo przeważnie chore z rakiem macicy. Prof. Schroeder nie pozostając w tyle za innymi podaje terpentynę, ale ponieważ tę terapiję stosuje dopiéro od paru tygodni, więc jeszcze stanowczego sądu wydać nie może.

Nowa Charité zbudowana jest w tym samym stylu co stara, z tą tylko różnicą, iż w staréj okna frontu wychodzą na wschód i zachód, a w nowéj na południe i północ. Cały dół i całe pierwsze piętro nowéj Charité zajmuje oddział chorób umysłowych pod kierunkiem prof. Westphala. Na

dole znajdują się kobiety, dla których jest 70 do 80 łóżek, na górze zaś mężczyzni, dla których jest przeznaczonych 120 łóżek, cały więc oddział liczy do 200 łóżek. Oddział ten w całém swém urządzeniu nie przedstawia nic szczególnego. Postępowanie z chorymi jest naturalnie bardzo względne, kaftan jest tutaj nieznany już od lat kilkunastu. Wprawdzie istnieje podobno jeden kaftan na oddziale, ale ten służy tylko podczas wykładów jako przedmiot demonstracyjny dla słuchaczy medycyny. Jedynie używane tutaj bywają szerokie rękawice skórzane, które chorym zakładają, jeżeli chodzi o uniemożebnienie pojedyńczych ruchów palcami; jeżeli zaś chorzy ulegają ostremu napadowi szalu, w takim razie zamykają ich w osobnéj komórce, w któréj nie ma żadnego sprzętu, a szyby w oknach są tak grube, iż chory ich wybić nie jest w stanie. (Przy téj sposobności wspomnę, iż we Wrocławiu chorych z manią darcia wszystkiego zamykają również do celek osobnych, w których nie ma żadnego sprzętu. Chorzy nie mają na sobie żadnego ubrania, a dostają tylko sporą ilość trawy morskiéj. Chorzy tacy zagrzebują się w tę trawę i formalnie bawią się nią, okazując najzupełniejsze zadowolenie, dla tego też i z innymi przypadkami zaczynają podobną próbę przeprowadzać, a chorzy w ogóle podają, iż z téj zabawki są najzupełniéj zadowoleni i że im się zupełnie dobrze wiedzie.) Dla chorych, którzy powracają do zdrowia, albo też w ogóle dla drugich nie są niebezpiecznymi, istnieją sale wspólnych zabaw, w których nawet pianina nie brak, prócz innych przyrządów do zabaw towarzyskich jak szachy, warcaby, domina itd.

Szczególniejsza, że zamachy na Cesarza niemieckiego nie zostały bez wpływu na domy obłąkanych, liczba bowiem obłąkanych znacznie się od tego czasu zwiększyła, a nawet i do téj chwili przybywają do szpitali obłąkanych tacy, którzy się uważają za natchnionych i powołanych do ostrzeżenia Cesarza przed gotującym się spiskiem na jego życie.

Na II i III piętrze, które raczéj można uważać za poddasze nowéj Charité, pomieszczony jest oddział skórny i syfilityczny. Ilość chorych znajdujących tu pomieszczenie w stosunkach normalnych jest dość znaczną, bo wynosi przeszło 250, między tymi atoli przeważną ilość stanowią obdarzeni kiłą (syfilityczni), daleko zaś mniejszą chorzy z chorobami skórnemi. Podczas gdy na innych oddziałach znajduje się przeważna ilość mężczyzn, to na tym oddziele stosunek jest odwrotny, bo na 2 mężczyzn przypada 3 kobiety. W obecnéj jednak chwili stosunki na tym oddziale są nader zmienione, mieszczą się w nim bowiem tylko chorzy syfilityczni, których ilość wynosi do 400 (na II piętrze kobiety, a na III mężczyzni), a że naturalnie dla tylu chorych nie ma miejsca, przeto nawet po kurytarzach są poustawiane łóżka dla chorych. Chorzy z chorobami skórnemi w bardzo niepokaźnéj liczbie, bo 16, znajdują tymczasowe pomieszczenie w małym odosobnionym domku, który pierwotnie był przeznaczony dla ospowatych. Wcierania szaruchy porzucono już od kilku lat prawie w zupełności, a jedynie używane są wstrzykiwania podskórne sublimatu po 0,01 *pro dosi*. Skutki mają być łepsze a i wykonanie przyjemniejsze, choć dla chorego może mniéj przyjemne.

Budynki najwięcéj ku północy wysunięte stanowią klinikę położniczą, stojącą pod kierunkiem prof. Gusserowa. Klinika ta składa się z 2 odrębnych budynków, połączonych ze sobą za pomocą korytarza oszklonego. Jeden z nich jestto zwykły dom dwupiętrowy, w którym są pomieszczone ciężarne, przyjmowane zwykle w ostatnim miesiącu ciąży. W tym domu na II piętrze znajduje się też sala o 4ch łóżkach, w któréj odbywają się porody. Rzadko zdarzają się przypadki, aby potrzebowano wnieść jeszcze jedno łóżko dla piątéj rodzącéj, choć i to przydarzać się musi, jeżeli średnio 100 porodów co miesiąc odbywa się w téj sali. Sala ta jest w połączeniu z innemi obokległemi, jako też z korytarzem. Po porodzie położnicę wynoszą wraz z łóżkiem, na którém rodziła, na korytarz. W pobliżu obok schodów znajduje się winda, na pomost więc téj windy stawiają łóżko wraz z położnicą i spuszczają ją na dół, skąd przez wyżéj wspomniony korytarz przenoszą do drugiego budynku. Budynek ten jestto pawilon parterowy. Z korytarza wchodzi się do sieni, a raczéj obszernego przedpokoju, z którego jest wchód do 2 sal i jednéj salki. Na prawo i lewo znajdują się duże sale, każda dla 14 położnic, naprzeciw zaś wchodu z korytarza jest mała salka, w któréj się znajdują 4 łóżka. Obie duże sale są przeznaczone dla zwykłych położnic, mała zaś salka dla przypadków przebiegających z gorączką, a więc pyemii i septycemii. Urządzenie sal dla położnic jest nade korzystne. Podloga jest kamienna (a raczéj sztuczny wyrób płyt z cementu,) w skutek czego podłogę codzień zmywa się rozczynem kwasu karbolowego bez sprowadzenia wilgoci. Również i ściany są pokostowane i od czasu do czasu zmywają je szczotkami i wodą. Wentylacyja jest także bardzo dokładna. Pod każdém łóżkiem znajduje się skrzynka, do któréj dochodzą rury z zewnątrz i odpływ jakoteż przypływ powietrza da się w pożądany sposób regulować za pomocą zasuw. Nadto w ścianach są poumieszczane kanały kończące się pod dachem, przyprowadzające i odprowadzające powietrze, nareszcie sufit nie jest płaski, ale łukowaty i w środku niezamknięty, lecz opatrzony drzwiami w długości kilkunastu stóp, które wedle potrzeby można albo zupełnie zamknąć, albo też mniéj lub więcéj uchylić, a w ten sposób wentylacyję nader skutecznie poprzeć. Nareszcie i piec nieustawiony, w kącie lub przy jednéj ścianie, lecz w środku sali, w zimie wspiera również silnie wentylacyję. Ztąd też pochodzi, iż w ogóle przy tak licznych porodach przypadki pyemii i septycemii są rzadkie, a położnice w 11 dniu po porodzie opuszczają zakład, jeżeli przebieg nie został czém zamącony.

Co się tyczy przypadków pyemii i septycemii, to obecnie rozpoczynają doświadczenia z nieustanną irygacyją pochwy i macicy za pomocą słabego rozczynu tymolu (1 : 500—800) i skutki zdają się być pomyślne, bo temperatura, nawet w ciężkich przypadkach, już w pierwszych godzinach irygacyi obniża się i nigdy nie dosięga zbyt wysokich stopni, przebieg w ogóle jest łagodniejszy, chore zaś wcale nie uskarżają się na uboczne przypady. Zdaje mi się jednak, iż z tym środkiem należy być nader ostrożnym, bo choć widziałem 2 chore od kilku dni dobrze znoszące nieustanną irygacyję, to jednak w jednym przypadku, w którym zastosowano w 5 dniu po porodzie przestrzyknięcie pochwy i macicy z powodu nieznacznego podniesienia się temperatury, przypady były tak groźne, iż zaledwie po 2godzinnym nieustannym ratunku udało się chorą utrzymać przy życiu. W kilka sekund po puszczeniu prądu wody karbolowéj chora zaczęła robić rękami, jakby chciała coś chwytać w powietrzu, a następnie nastała zupełna utrata przytomności, brak reakcyi na wszelkie bodźce zewnętrzne, chwilami serce prawie zaprzestawało swéj czynności, a i respiracyja chwilami ustawała, tak iż musiano zastosować sztuczną respiracyję blisko przez pół godziny, wstrzyknięto ze 6 strzykawek Pravaza eteru podskórnie, oprócz zastosowania bodźców zewnętrznych

jak skrapiania zimną wodą, nacierań itd. Chciano podać wewnętrznie nieco wina, lecz wlane do ust nazad się wylewało i chora zdaje się nic zgoła przełknąć nie mogła. Po przywróceniu do przytomności pokazało się także, na co uprzednio uwagi nie zwracano, iż był mierny krwotok maciczny podczas trwania tych przypadków. Przed kilku miesiącami podobny przypadek zakończył się śmiercią pomimo energicznego ratunku, a sekcyja nie wykazała żadnych zmian, mogących tłumaczyć przyczynę śmierci, należy więc przyjąć zdaniem mojém za przyczynę *shok*, który powstaje przez zadziałanie prądu wody na obnażone zakończenia nerwów macicy. Chcą także tłumaczyć przypady te ostrém zatruciem kwasem karbolowym, zdaje mi się jednak, iż ze słabego roztczynu w tąk krótkim czasie nie może być wessaną dostateczna ilość kwasu karbolowego do sprowadzenia tak szybko tak groźnych przypadów. *Dr. Janiszewski.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 42 (do 16 października) ospa nie zmieniła się w Londynie. Umarło 6, leczyło się w szpitalach 94, zapadło świeżo 16. W Budapeszcie umarło 6, w Odessie 4, w Paryżu 28, w Madrycie (od 23/8—27/8) 27. Z biegunek mniéj umiera dzieci. Duru osutkowego wydarzają się sporadyczne przypadki w większych miastach. Z płonicy umarło w Berlinie 31, w Londynie 70, w Stokholmie 16. w Warszawie 7, we Lwowie 14. W tygodniu 43 umarło w Krakowie: 1 z ospy, 10 z płonicy, 3 z dławca; a doniesiono w tymże czasie: o 7 przypadkach płonicy (4 z Wielopola l. 89, z ul. Karmelickiéj l. 66, z ul. Łobzowskiéj l. 101 i z ul. Lubicz l. 15); 1 ospy (ze szpitala św. Ludwika), 2 krztuśca (z ul. Ogrodowéj l. 142 i z Płaszowa).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 42 (do 16 października) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: w Krakowie 37,6; we Lwowie 37,6; w Warszawie 30,1; w Poznaniu 24,7; w Wiedniu 20,4; w Budapeszcie 31,9; w Pradze 28,5; w Berlinie 25,0; w Wrocławiu 28,8; w Mnichowie 30,9; w Gdańsku 33,7; w Dreźnie 19,1: w Lipsku 19,3; w Bazylei 24,5; w Brukseli 20,5; w Amsterdamie 25,1; w Hadze 19,0; w Paryżu 22,7; w Londynie 20,0; w Kopenhadze 17,0; w Stokholmie 28,7; w Chrystyjanii 24,4; w Petersburgu 34,0; w Odessie 34,5; w Rzymie 29.9; w Wenecyi 18,5; w Bukareszcie 19,5; w Madrycie 31,0; w Barcelonie 21,8; w Nowym Yorku 23,1; w Filadelfii 16,0; w Bombayu 30,2; w Madrasie 35,3. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 listopada. W miesiącu sierpniu 1881 r. (od 2—9) odbędzie się w Londynie 7my Zjazd lekarski międzynarodowy. Wydział gospodarczy, którego prezesem jest Dr. Bennet, a członkami mężowie znakomici, jak np. Bowman, Gull, Hewett, Hutchinson, Jenner, Lister, Paget, Thompson itd., rozesłał właśnie zaproszenie na Zjazd donosząc, że wykłady odbywać się mogą w języku angielskim, francuskim lub niemieckim, że oprócz posiedzeń ogólnych odbywać się będą wykłady w 15 sekcyjach, że podczas Zjazdu otwartém będzie muzeum przedmiotów obchodzących lekarza, wreszcie że na posiedzenia ogólne i zebrania towarzyskie i niewiasty mieć będą przystęp. Wszelkie komunikacyje tyczące się Zjazdu należy przesłać do d. 30 kwietnia 1881 na ręce sekretarza Mac Cormaca (13, Harley Str., London W).

Patronat nad Zjazdem objęli: królowa i ks. Walii; prezesem onego będzie baron Jakób Paget; w poczcie zastępców prezesa znajdujemy nazwiska: Bennetta, Bucknilla, Huxleya, Jennera, Listera, Owena, Burdon-Saundersona, Spencer-Wellsa itd. Sekcyje będą następujące: 1) Anatomii (prezes prof. Flower), 2) fizyjologii (p. Dr. Foster), 3) patologii i anatomii patolog. (prezes Dr. Wilks), 4) medycyny (p. baron Gull), 5) chirurgii (p. Dr. Erichsen), 6) położnictwa (p. Dr. Mc. Clintock), 7) pedyjatryi (p. Dr. West), 8) psychijatryi (p. Dr. Robertson), 9) oftalmologii (p. Dr. Bowman), 10) otiatryi (p. Dalby), 11) dermatologii (p. Wilson), 12) dentystyki (p. Saunders), 13) medycyny rządowéj (p. Simon), 14) medycyny i chirurgii wojennéj (p. chirurg jeneralny prof. Longmore), 15) farmakologii (p. prof. Fraser). Przełożonym wystawy będzie Jonatan Hutchinson.

* Przy awansie listopadowym oprócz dwóch wspomnionych w przeszłym numerze rodaków, z których ostatni Dr. Szeliga przeniesiony został równocześnie do Serajewa, mianowani zostali: Dr. Franciszek Kury starszym lekarzem sztabowym 1széj kl. i szefem sanitarnym przy komendzie w Krakowie; Dr. Maksymilijan Schüler starszym lekarzem sztabowym 2giéj kl. i naczelnikiem szpitala garnizonowego we Lwowie; Dr. Wilhelm Tonner lekarzem sztabowym przy szpitalu garnizonowym w Krakowie; Dr. Wład. Zgórski lekarzem pułkowym 1széj kl. przy 16tym pułku huzarów; Dr. Konstanty Blachowski lekarzem pułkowym 2giéj kl. przy 1szym pułku ułanów; Dr. Eustachy Antoniewicz lekarzem pułkowym 2giéj kl. przy 7mym pułku piechoty; Dr. Józef Pineles lekarzem pułkowym 2giéj kl. przy 53 pułku piechoty; Dr. Maks. Magny, lekarz sztabowy, ze Serajewa przeniesiony do szpitala w Krakowie. Wreszcie profesorowie wiedeńscy Podrazky i Zuckerkandl mianowani zostali, pierwszy starszym lekarzem sztabowym 2giéj kl., a ostatni lekarzem pułkowym 2giéj kl. w rezerwie.

W obronie krajowéj otrzymali rangę lekarza pułkowego 1széj kl. Dr. Wacław Stejskal w Stryju i Dr. Ignacy Janowski w Tarnopolu; rangę lekarza pułkowego 2giéj kl.: Dr. Jakób Kampel w Przemyślu i Dr. Alfred Berggrün w Złoczowie.

* Otrzymaliśmy właśnie Kalendarz lekarski krakowski na r. 1881 (rok II) wydany staraniem prof. Dra Janikowskiego. Jakkolwiek rocznik niniejszy pod względem obfitości treści w niczém nie ustępuje rocznikowi pierwszemu, to objętość jego jest znacznie mniejszą (skutkiem użycia cieńszego papieru), przez co książeczka odpowiada nierównie lepiéj swemu przeznaczeniu, aniżeli w roku przeszłym. Ze zmian zaprowadzonych w roku bieżącym spostrzegliśmy: spis lekarzy powiatowych, spis ważniejszych rozporządzeń sanitarnych Namiestnictwa z r. 1879 i 1880, cennik leków dla zwierząt, instrukcyję dotyczącą rachunków lekarzy i weterynarzy za komisyje w sprawach sanit., schemat historyi choroby obłąkanego. Spodziewamy się, że kalendarz tak starannie opracowany, a co ważniejsza mieszczący w sobie szczegóły pewne i wiarogodne, znajdzie się nawet w rękach wszystkich osób sanitarnych w Galicyi praktykujących i że wyruguje kalendarze niemieckie, zawierające po największéj części rzeczy nas mniéj obchodzące.

* Bawi obecnie we Wiedniu ks. bawarski Karol Teodor, brat Cesarzowéj, Dr. medycyny i znany już z prac swych naukowych. Uczęszcza on na wykłady Billrotha i Arlta. (*W. med. Woch.*)

* **Warszawa**. Chora, na któréj dokonano niedawno cięcia cesarskiego sposobem Porra, zmarła przed kilkoma dniami; dziecię żywe i zdrowe. (*Kur. warsz.*)

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 18: Wisłockiego: Leczenie sztuczném powietrzem (Dok.) — W *Medycynie* Nr. 45: Kosińskiego: Dwie nowe owaryjotomije i uwagi o téj operacyi w ogóle; Dunina: Jeszcze kilka uwag w kwestyi zastósowania lewara do wypuszczenia płynów z worka opłucny.

Redakcyja otrzymała:

Dr. WARSCHAUER: 53 Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Danzig. Section f. Pädiatrik. (Osobne odbicie z Allg. w. med. Ztg. 1880, Nr. 41) in 8vo str. 10.

Prof. Dr. JANIKOWSKI: Kalendarz lekarski krakowski na r. 1881, rok II, Kraków 1881.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę dnia 17 listopada o godzinie 5téj po południu w sali Akademii Umiejętn. posiedzenie, na którém: 1) kol. prof. Dr. Adam-

kiewicz będzie miał już dawniéj zapowiedziany wykład: „o obustronnych czynnościach;“ 2) kol. Dr. Pisek przedstawi i omówi przypadek *„cholesteatoma cerebelli.“*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

SPRAWOZDANIE
Z DZIAŁU UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE
TOWARZYSTWA WZAJEMNYCH UBEZPIECZEŃ

w Krakowie,

ZA ROK X.

t. j. za czas od 1 Stycznia do 31 Grudnia 1879 roku.

Rachunek zysków i strat.

Z ubezpieczeń kapitałów pośmiertnych A i E.

	zł.	ct.	zł.	ct.
Przychód:				
Przeniesienie zysku z r. 1878	7·622	26		
Przeniesienie rezerw zeszłorocznych	404·414	76		
Przeniesienie funduszu na nieuregulowane szkody	10·208	85		
Przeniesienie funduszu na należytości rządowe	197	07		
Przeniesienie funduszu dywidendy z r. 1878	14·360	84		
Przeniesienie funduszu na renumeracyje	600	—		
Zebrane zaliczki	236·997	47		
Wpisowe	1·353	50		
Zadatki przepadłe od stron, polic, przychód ze stempli i t. p.	328	64		
Procenta, kupony, agio etc.	38·214	24		
Eskompt od wypłaconych szkód	506	31		
Zysk na efektach	3·107	50	717·911	44
Rozchód:				
Premie kontrasekuracyjne . . zł. 32,458·81 potrąciwszy prowizyję . . . . zł. 3,722·37	29·469	74		
Prowizyje akwizycyjne za rok 1879	18·580	02		
Przepadłe należytości	9·500	—		
Prowizyje incasso	4·927	88		
Reszta kosztów organizacyi	1·770	—		
Wykupiono polic za	9·791	67		
Wypłacone szkody	52·809	44		
Wypłacona dywidenda	9·451	36		
Fundusz na niewypłaconą dywidendę	2·015	40		
Koszta administracyi	6·129	95		
Pensyje i renumeracyje urzędników	18·388	18		
Strata na efektach	3·699	25		
Należytości rządowe	862	05		
Fundusz na należytości rządowe	5·319	91		
Fundusz na nieuregulowane szkody z r. 1879	27·470	64		
Rezerwa różnicy kursu	2·972	—		
Rezerwy i przeniesienie zaliczek	491·354	25	694·511	74
Pozostałość			23·399	70
Z pozostałości przeznaczono:				
20% w myśl statutu na fundusz rezerwowy	4·679	94		
16% od zaliczek zł. 71,847·88 na dywidendę dla Członków pierwszych 6ciu lat	11·495	66		
Na rezerwę zysków na dalsze lata	6·577	47		
Na renumeracyję za bilans	600	—		
Resztę do funduszu rezerwowego	46	63	23·399	70

Z ubezpieczeń kapitałów dożywotnich B.

	zł.	ct.	zł.	ct.
Przychód:				
Przeniesienie zysku z r. 1878	846	91		
Przeniesienie rezerw zeszłorocznych	174·625	79		
Przeniesienie funduszu dywidendy z r. 1878	2·212	83		
Zebrane zaliczki	68·349	30		
Wpisowe	995	50		
Zadatki przepadłe od stron, polic, przychód ze stempli i t. p.	81	26		
Procenta, kupony, agio etc.	13·921	10		
Zysk na efektach	345	28		
			261·377	97
Rozchód:				
Premie kontrasekuracyjne . . . zł. 2,296·73 potrąciwszy prowizyję . . . . zł. 488·47	1·808	26		
Prowizyje akwizycyjne za rok 1879	10·347	50		
Prowizyje incasso	1·519	76		
Reszta kosztów organizacyi	400	—		
Wykupiono polic za	1·785	38		
Wypłacone szkody	3·459	37		
Wypłacone renty	1·278	—		
Wypłacona dywidenda	1·765	66		
Fundusz na niewypłaconą dywidendę	447	17		
Koszta administracyi	1·260	06		
Pensyje i renumeracyje urzędników	4·731	21		
Fundusz na nieuregulowane szkody z r. 1879	174	75		
Rezerwy i przeniesienie zaliczek	229·309	02	258·286	14
Pozostałość			3·091	83
Z pozostałości przeznaczono:				
20% w myśl statutu na fundusz rezerwowy	618	36		
10% od zaliczek zł. 13,393·91 na dywidendę dla Członków pierwszych 6ciu lat	1·339	39		
Na rezerwę zysków na dalsze lata	1·134	08	3·091	83

Stan majątku działu ubezpieczeń na życie.

Stan czynny.	nom. w.	kurs z 31 Grud. 1879	złr.	ct.	złr.	ct.
Dłużnicy, Agenci i Reprezentacyje			53·014	86		
Rachunki bieżące			194·816	05	247·830	91
Pożyczki na police					146·838	60
Pożyczki na hipotekę					144·700	—
Wartość urządzenia					1·050	—
Książeczki wzaj. kredytu					3·258	45
Weksle					468	85
Zapas gotówki					63·968	81
Papiery wartościowe po kursie z 31 Grudnia 1879 r.						
Akcyje galic. Banku dla handlu i przem. w Krakowie	4·000	28	560	—		
Prioritety gal. Banku dla handlu i przem. w Krakowie	27·400	30	8·220	—		
6% Listy zast. Banku hipotecz.	131·600	99½	130·942	—		
5% Listy zast. Tow. kred. ziem.	112·000	95¾	107·240	—		
6% Listy zastawne Zakładu kred. ziem.	82·800	95	78·685	—		
6% Pożyczka krajowa	20·000	99	19·800	—		
4% Renta złota austryjacka	22·600	81·35	18·385	10		
5% Losy z r. 1860	8·500	130	11·050	—		
5% Listy zastawne Królestwa Polsk. Rubli	32·600	97½	38·777	70		
4% Listy likwid. Królestwa Polsk. Rubli	750	86·40	790	56		
5% Listy zast. miasta Warszawy	23·250	92	26·095	73	440·546	09
					1,048·661	71

Stan bierny.	złr.	ct.
Towarzystwa reasekuracyjne	9·614	62
Komitet Spółek	7·759	50
Rezerwy i przeniesienie zaliczek	720·663	27
Fundusz na nieuregul. szkody	27·645	39
Fundusz na należytości rządowe	5·319	91
Fundusz rezerwowy A. i B.	47·820	75
Rezerwy zysków A. i B.	133·977	78
Fundusz dywidendy	2·462	57
Fundusz na dubiosa	2·304	75
Fundusz na pensyję urzędn.	41	67
Fundusz różnicy kursu	7·500	—
Fundusz „Spółek“	57·059	97
Saldo zysk	26·491	53
	1,048·661	71

Kraków dnia 1 Stycznia 1880 r.

Dyrekcyja Towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń:
H. hr. Wodzicki. M. Łępkowski. H. Kieszkowski.

Naczelnik biura działu ubezpieczeń na życie:
A. Piekarski.

Naczelnik rachunkowości działu ubezp. na życie:
Cz. Kieszkowski.

W dowód zgodności z księgami:
Członkowie Rady Nadzorczéj:
J. Korytowski, J. Prus Jabłonowski, Z. Marchwicki,
jako Komisyja kontrolująca.

Zestawienie wypłaconych kapitałów pośmiertnych (tabl. I, II, V, VIII) i zwrotów zaliczek wskutek przed terminem wypłaty, zapadłych śmierci (tab. VI. VII, Xa, XV) za czas od 1 Listopada 1869 do 31 Grudnia 1879 czyli za pierwsze dziesięciolecie.

	PRZYCZYNA ŚMIERCI	Kapitały pośmiertne			Zwrot zaliczek			Ogółem wypłacono		
		wypadków	złr.	cnt.	wypadków	złr.	cnt.	w wypadkach	złr.	cnt.
1	Suchoty	64	75·631	—	13	1·553	25	77	77·184	25
2	Zapalenie płuc	47	60·750	—	15	1·895	65	62	62·645	65
3	Choroby gardła i krtani	3	6·300	—	41	8·549	31	44	14·849	31
4	Choroby mózgu i rdzenia pacierzowego	31	46·900	—	9	832	19	40	47·732	19
5	Choroby nerek (Brighta)	11	19·647	—	4	97	50	15	19·744	50
6	Choroby serca	12	14·542	65	3	522	68	15	15·065	33
7	Dur (typhus)	13	19·046	—	6	2·457	93	19	21·503	93
8	Choroby żołądka i jelit	3	9·000	—	8	529	16	11	9·529	16
9	Rak i zakażenie krwi	7	9·500	—	2	260	—	9	9·760	—
10	Wodna puchlina	6	5·900	—	—	—	—	6	5·900	—
11	Wycieńczenie i uwiąd schyłkowy	4	5·300	—	2	98	75	6	5·398	75
12	Choroby wątroby	2	1·100	—	1	188	12	3	1·288	12
13	Ruptura	1	2·000	—	—	—	—	1	2·000	—
14	Ospa	1	300	—	3	160	64	4	460	64
15	Zapalenie macicy	1	1·500	—	—	—	—	1	1·500	—
16	Utopienie	1	2·000	—	—	—	—	1	2·000	—
17	Spalenie przy pożarze	1	1·000	—	—	—	—	1	1·000	—
18	Delirium potatorum	1	700	—	—	—	—	1	700	—
19	Zatrucie grzybami	1	300	—	—	—	—	1	300	—
20	Przejechanie lokomotywą	1	300	—	—	—	—	1	300	—
21	Szkarlatyna	—	—	—	9	3·052	83	9	3·052	83
22	Zapalenie śledziony	—	—	—	3	120	—	3	120	—
23	Febra	—	—	—	1	112	15	1	112	15
24	Odra (kur)	—	—	—	2	66	83	2	66	83
25	Cholera	—	—	—	1	40	32	1	40	32
26	Konwulsyje	—	—	—	4	253	50	4	253	50
27	42 książeczek pogrzebowych	13	1·050	—	—	—	—	13	1·050	—
		224	282·766	65	127	20·790	81	351	303·557	46

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Steicla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	**w Austryi** 8 złr. 80 c.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1¼ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 20 listopada 1880. **№ 47.** Rok XIX.

TREŚĆ: I. ADAMKIEWICZ: Czynności obustronne i sinapiskopia. — II. WARSCHAUER. O wartości chlorku pilokarpinu w błonicy. (Dok.) — III. *Oceny i sprawozdania*: Jad wąglikowy i szerzenie się zarazy śledzionowéj. 2. FIAŁKOWSKI. GEORGE WHERRY. L. LANDAU. — *Wiadomości pomniejsze*. — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Sprawozdanie z posiedzenia sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu. (Dok.) — Posiedzenie Sekcyi lwowskiéj. Tow. lek. gal. (Dok.) — Towarzystwo lekarskie krakowskie. — V. *Odcinek*: List ze Lwowa. — KWAŚNICKI. Szkoła lekarska dla kobiet w Petersburgu. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. – VII. *Wiadomości bieżące*.

I. Czynności obustronne i sinapiskopija.

Wykład miany przez Prof. Dr. Adamkiewicza
na posiedzeniu Tow. lek. krak.

C z y n n o ś c i o b u s t r o n n e. Badacza zastanawiającego się nad ustrojem, czy to dopiero rozwijającym się, czy już rozwiniętym, jakotéż nad jego częściami, uderza prawidło ogólne, stanowiące zasadniczy niejako zarys jego budowy,— prawidło rozkładu obustronnego i obustronnéj symetryi w gotowéj już budowie.

Jeżeli się przypatrzymy zarodkowi zawiązującemu się w zapłodnionem jaju kurzém z komórek otoczki przeźroczystéj, dostrzeżemy, że pierwsze wyróżnienie się jego kształtów jest obustronném, tudzież że płód rozwijając się daléj tworzy obustronne i umiarowo położone blaszki zarodkowe, które się znów umiarowo rozszczepiają, zwijają i w całość spajają.

Zastanawiając się zaś zgoła nad ustrojem już rozwiniętym albo nad którąkolwiek, choćby najdrobniejszą, jego cząstką składową, odnajdujemy to samo prawidło obustronnéj symetryi, którą, jak to nie trudno poznać, wyciska na ustroju i jego częściach piętno anatomicznego wykończenia i harmonii jego form.

Gdy zaś, jak nas fizyjologija uczy, funkcyja jest ujawnianiem się czynności narzędzi, właściwéj ich anatomicznemu podścielisku, godzi się więc zapytać, czy w przyrodzie nie napotykamy także i czynności obustronnych, któreby zasadniczemu zarysowi budowy podścielisk anatomicznych odpowiadały.

Aż do niedawna fizyjologija nie wspominała nic o istnieniu takich czynności, a gdyby nam patologija nie podawała, że czynność wydzielnicza jednéj nerki wpływa w sposób znany na czynność drugiéj, i nie uczyła, że bywają tak zwane współczulne cierpienia oka, żadne znane zjawisko z całego szeregu spraw żywotnych nie przypominałoby nam zasadniczego anatomicznego prawidła obustronnéj symetryi.

Dopiero w roku 1877 udało mi się odkryć pierwsze zjawisko fizyjologiczne, które mnie następnie do odkrycia czynności obustronnych doprowadziło.

Jako lekarz oddziału chorób nerwowych w szpitalu Charité w Berlinie miałem często sposobność spostrzegać, że wydzielanie potu wywołane tak skutkiem dobrowolnego pobudzenia nerwów, np. w nerwobólach, jakotéż skutkiem sztucznego ich podrażnienia prądem elektrycznym występuje często w miejscach odpowiadających ściśle obszarowi, w którym się nerwy podrażnione rozgałęziają.

Fakt ten przemawiał, zdaniem mojém, przeciw przyjętemu powszechnie mniemaniu fizyjologicznemu, według którego wydzielanie potu miało być sprawą prostego przesączania z krwi. Wiemy bowiem, że krew wszędzie, a zatém także i na powierzchni ciała, krąży w sieci naczyń spólniczących z sobą we wszystkich kierunkach, a nie ogranicza się nigdzie do zamkniętych obszarów rozgałęzienia się jakiegoś pnia naczyniowego, jak to czynią nerwy. Wszystko wskazywało więc, że wydzielanie potu nie z krwią lecz z nerwami pozostaje w bezpośrednim związku czynnościowym. Takie zaś pojmowanie zdawało mi się tém bardziéj uzasadnionem, ile że w czynności wydzielniczéj gruczołów ślinnych poznaliśmy już dawno sprawę czysto nerwową, od parcia krwi niezawisłą.

Doświadczenie, którego nie potrzebuję tutaj szczegółowo opisywać, a którego wyniki podałem w rozprawie o wydzielaniu potu [1]), wykazało rzeczywiście, że istnieje cały układ nerwów potnych, który, jak każdy inny układ nerwowy, ma swoje ośrodki i swoje rozgałęzienia obwodowe.

Tak ośrodki jako też obwodowe rozgałęzienia tych nerwów potnych mają taki sam rozkład, jak nerwy ruchowe. O tych ostatnich zaś wiemy, że biorą swój początek na powierzchni mózgu, że się łączą następnie ze zwojami rogów przodkowych i rdzeń pacierzowy jako przodkowe jego korzenie opuszczają.

Zupełnie tak samo przebiegają i nerwy potne, są więc pochodzenia mózgo-rdzeniowego.

[1]) Die Secretion des Schweisses, eine bilateral-symmetrische Nervenfunktion. Berlin Hirschwald. 1878.

Ale doświadczenie uczy, że oprócz tego istnieje jeszcze część nerwów potnych innego pochodzenia, bo jeżeli n. p. jak to uczyniłem, podrażnimy ośrodkowy koniec splotu barkowego u młodego kota po przecięciu rdzenia pacierzowego między jego częścią piersiową a lędźwiową, to tylne jego łapki pokryją się potem. Podnieta może tutaj wprawdzie dostać się przez splot barkowy do rdzenia pacierzowego, ale nie może po nim dojść aż do jego części lędźwiowéj, ponieważ cięcie znajduje się między częścią piersiową a lędźwiową. Muszą więc oprócz dróg mózgo-rdzeniowych istnieć dla wydzielania potu jeszcze inne, które do nerwów lędźwiowych prowadzą poza przewodem stosu kręgowego. A te nie mogą być inne, jak tylko drogi nerwu współczulnego.

Nerwy i zwoje zawiadujące wydzielaniem potu są więc pochodzenia mózgo-rdzeniowego i współczulnego.

Co się tyczy podniet, które nerwy potne i zaopatrywane przez nie gruczoły do czynności pobudzają, to według doświadczeń moich na ludziach uskutecznionych, są niemi te same, które psychologija za główne czynności duszy poczytuje, a mianowicie ruch, czucie i wyobrażenie.

Wyrażając te podniety po fizyjologicznemu powiedzieć musimy, że podnietami do wydzielania potu są: 1. pobudzenie nerwów ruchowych, przyczém wydzielanie potu stanowi rodzaj współruchu, 2. pobudzenie nerwów czuciowych, przyczém ono gra rolę prostego odruchu, a 3. wzruszenia umysłowe, mianowicie pewne wyobrażenia z cechą przygnębienia, jak trwoga, bojaźń, przestrach itd., w którym to razie wydzielanie potu jest tak zwanym odruchem środkowym.

Mimo wielkiéj pokusy wyłuszczenia, jak łatwo uskuteczniać można doświadczenia z wyobrażeniami i wzruszeniami, muszę tego przecież zaniechać, ponieważby mnie to od właściwego mojego zadania zanadto oddaliło. Tém bardziéj zato podnieść muszę fakt, że bez względu na rodzaj podniety wywołującéj czynność gruczołów potnych występuje ona zawsze **na dwóch zupełnie symetrycznie położonych miejscach ciała**. Gdzie wydzielanie potu nie odbywa się tak symetrycznie, tam mamy zawsze do czynienia z chorobami układu nerwowego.

Ten właściwy sposób występowania zniewolił mnie do nazwania wydzielania potu **czynnością obustronną**.

Łatwo zrozumiecie Panowie, że wydzielanie potu z swoją właściwością czynności obustronnéj znamionuje całą bardzo ciekawą gromadę funkcyj.

Pozwólcie mi Panowie jeszcze małe zboczenie, po którém z łatwością już będę mógł przedstawić i scharakteryzować tę gromadę.

Jak wiadomo dusza nie posiada od urodzenia wszystkich swoich zdolności, nie posiada ona nawet swoich zdolności zasadniczych.

Wiadomo przecież, że zwoje kory mózgowéj, będące jéj podścieliskiem materyjalném, rozwijają się zwolna dopiero po urodzeniu. Gdy doświadczenia na nowourodzonych szczeniętach dowiodły, że sfera psychomotoryczna wkrótce po urodzeniu nie jest jeszcze pobudliwą, przypuścić więc możemy, że z dwóch zasadniczych czynności, t. j. czucia i woli, dusza wyposażona jest od urodzenia tylko pierwszą, nie posiada zaś jeszcze drugiéj, która się dopiero z czasem rozwija.

Wszystkie objawy u nowonarodzonego dziecka dowodzą też rzeczywiście, że ono czuje. Z czasem, gdy się na powierzchni jego mózgu wytworzą zwoje sfery psychomotorycznéj, wtedy dziecko nietylko czuje, ale nabiera woli, t. j. jest już zdolném nietylko czuć podniety, których powierzchnia jego ciała w zetknięciu ze światem zewnętrznym doznaje, a zatém odbierać wrażenia, ale nabywa teraz także zdolności wytwarzania popędów i wywierania woli na narzędzia stworzone do słuchania i spełniania jéj rozkazów.

Dusza nabywszy téj zdolności odbierania wrażeń i wytwarzania podniet wstępuje już na ten szczyt udoskonalenia, który stanowi kres jéj rozwoju u zwierzęcia.

U człowieka jednak dusza rozwija się daléj, a nie znajdując w tym rozwoju granic nabywa ona zdolności, którąby zdolnością refleksyi nazwać można.

Teraz wrażenia dochodzące do duszy drogą nerwów dośrodkowych nie przemijają już bez pozostawienia w niéj śladów, ani nie poprzestają co najwięcéj na pobudzeniu woli, lecz budzą nowe władze duszy, a mianowicie te, które człowieka uzdolniają do zastanawiania się nad sobą samym i nad wrażeniem, słowem budzą one jego władze umysłowe.

Dusza panuje teraz już nie tylko nad nerwami przenoszącemi jéj wolę na zewnątrz i nie tylko nad temi, po których wszelka podnieta zewnętrzna obwodowa do duszy dochodzi, a któremi jak wiadomo, są ruchowe i czuciowe nerwy mózgordzeniowe, lecz zaczyna ona już władać nerwami układu współczulnego i czynić sobie służebnemi czynności ustroju, które jéj dotąd nie podlegały, a tylko celom życia wegetacyjnego służyły. I tak widzimy przyrządy trawienia, krążenia, a zwłaszcza przyrząd gruczołowy idące w służbę duszy i podejmujące swoje czynności pod wpływem tych poruszeń umysłu, które wzruszeniami zowiemy.

Serce, które dotąd tylko mechanicznie krew w ruch wprawiało, zaczyna teraz ilością swoich uderzeń wybijać miarę burzących uczuć. Drobne naczyńka w skórze policzków napełniają i wypróżniają się teraz na skinienie duszy i wyrażają uciechę, radość lub wstyd. A jeżeli które z tych wzruszeń połączy się z uczuciem rzewności lub boleści, łzy przeznaczone do prostego spłukiwania oka, zraszają nasze policzki.

Nie chcę nużyć Panów przytaczaniem dalszych przykładów, przypomnę więc tylko jeszcze potężny wpływ, jaki wywiera pobudzony zmysłami popęd płciowy na niektóre czynności wegetacyjne, a powiem nawet, że nie ma czynności wegetacyjnéj, któraby się z duszą nie kojarzyła, i że w każdéj z nich odbrzmiewa przynajmniéj jedno ze wzruszeń, które duszą wstrząsają.

Ta cała gromada tak właściwych funkcyj, tkwiących z jednéj strony głęboko na dnie duszy, a wkraczających z drugiéj tak daleko w zakres funkcyj cielesnych, że tak słusznie zasługują na nazwę: „funkcyj psychofizycznych,“ **cała ta gromada, mówię, tworzy równie jak wydzielanie potu ściśle ograniczoną dziedzinę czynności obustronnych**.

Narzędzia, należące do téj gromady, odbywają swoją czynność, o ile są parzyste, zawsze obustronnie. Jedno oko nie może płakać, żeby się i drugie nie zalewało łzami. Od radości lub wstydu nie płonie nigdy jeden, lecz zawsze oba policzki. A gruczoły ślinne, które tak zwana oskomina lub wściekłość do działania pobudza, nie tylko są zawsze równocześnie czynne, lecz tak ściśle z sobą skojarzone, że się równocześnie nużą, chociaż się pobudliwość nerwu tylko jednego gruczołu przez drażnienie wyczerpnie.

Naukę o czynnościach obustronnych doprowadziłem [1]) do tego kresu i sądziłem, że mi ich gromadę ograniczyć

[1]) Wykład w „*Berl. medic. psycholog. Gesellschaft. Berl. klin. Woch.* 1878 Nr. 31.

wypadnie do dziedziny spraw psychofizycznych, gdy zaszło zdarzenie dowodzące, że takie ich określenie byłoby za ciasném.

A tém zdarzeniem była wiadomość o tak zwanéj „metaloterapii czyli metaloskopii,“ która się niedawno do nas z Francyi dostała.

Wiadomo Panom, że tą nazwą oznaczamy fakt, że przyłożenie pewnych kruszców do miejsc skóry czucia pozbawionych leczyć ma nieczulicę.

Gdy Burq, lekarz francuski, który pierwszy odkrył ten fakt w roku 1848 wystąpił ze swojemi doświadczeniami metaloterapeutycznemi, napotkał on na powszechną niewiarę. A prawdopodobnie byłaby nauka jego i do dziś dnia mało zwróciła na siebie uwagi, gdyby nie był przed mniéj więcéj trzema laty wniósł do Akademii paryskiéj prośby o zbadanie jego twierdzeń i gdyby komisyja, przez nią wyznaczona, nie była na korzyść jego nauki orzekła.

Sprawozdania téj komisyi stwierdzające naukę Burqa, które się najprzód pod nazwiskiem sławnego Charcota ukazały w *Progrès médical*, porobiły wielkie wrażenie w całym cywilizowanym świecie. Tu i owdzie, mianowicie w Anglii, odezwały się głosy niedowierzania, któremu i ja uległem, aż mnie wreszcie przypadek inaczéj pouczył.

Komisyja stwierdzając naukę Burqa zrobiła spostrzeżenie wielkiéj dla mnie wagi. W miarę jak u osób dotkniętych połowiczém porażeniem czucia ustępowała nieczulica w miejscu zetknięcia się płyty kruszcowéj ze skórą, powstała ona w miejscu ściśle odpowiadającém na zdrowéj połowie ciała. Nazwano to uderzające zjawisko przenoszenia się czucia „Transfertem.“

Dla mnie nie podlegało żadnéj wątpliwości, że ten tak zwany „Transfert“ nie jest niczém inném, jak nowém zjawiskiem moich czynności obustronnych. To zaś zniewoliło mnie do zużytkowania doświadczeń metaloterapeutycznych do nowego szeregu doświadczeń nad czynnościami obustronnemi.

Skoro kruszce, jak teraz uważałem za pewne, mają wpływ uzdrawiający nieczulicę, to wyobrażałem sobie, że muszą one zastępować bodźce nerwowe. Nieczulicę bowiem leczyć,znaczy wprawiać nerwy mniéj pobudliwe w stan zwiększonéj, a więc w naszym przypadku prawidłowéj pobudliwości. Wiemy zaś że uczynić to mogą bodźce nerwowe. Taka rozwaga naprowadziła mnie na myśl użycia w miejsce kruszców innych środków drażniących celem wywołania tak zwanych zjawisk metaloterapeutycznych.

Użyłem z powodów łatwych do odgadnięcia gorczyczników i spostrzegłem już przy pierwszych doświadczeniach, że one w przypadku nieczulicy wywoływały wszystkie te skutki, które aż dotąd kruszcom przypisywano i za swoiste ich działanie poczytywano.

Tak samo więc, jak się o metaloskopii i jéj zjawiskach mówi, można też mówić o sinapiskopii i jéj zjawiskach. Jakie one zaś są i jak się do czynności obustronnych mają, z tego chciałbym Panom zdać w krótkości sprawę. (D. n.)

II. O wartości chlorku pilokarpinu w błonicy.

Napisał Dr. J. Warschauer.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

W tym przypadku wielce niebezpiecznym ograniczono się do wyłącznego użycia chlorku pilokarpinu, z którego chora 0,60 przez czas kuracyi wyżyła — doświadczenie tym razem jest czyste — bo innych leków nie podawano, wprawdzie w ostatnich dniach zapisano chinin, lecz chora go użyć nie chciała, niewątpliwie przeto pomyślne zakończenie choroby lekowi przerzeczonemu przypisać należy. Z dotychczasowych doświadczeń z chlorkiem pilokarpinu robionych, przekonałem się: że znośliwość tego leku bywa rozmaitą, co od osobniczości zawisło. Sprawia zaś następujące objawy:

1. Najstalszém się okazało ślinienie, mniejsze lub większe, wzmagające się aż do ślinotoku.

2. Nudności większe lub mniejsze po użyciu leku następują, potęgują się one czasem aż do wymiotów.

3. Pot należał do rzadszych, a zatém mniéj stałych objawów.

4. Zwężenie źrenic ad maximum (*Myosis*) raz tylko widziałem u dziewczynki 10 letniéj, na płonicę i błonicę chorującéj, mniejsze zwężenie źrenicy jednéj lub obu widziałem kilka razy.

5. Zapad bywał albo częściowy, nosa, ręki albo ogólny, towarzyszył zwykle obfitym niemal rozpływnym potom.

Za mało mam dotychczas doświadczenia o tym leku, abym już teraz mógł orzec o jego wartości terapeutycznéj, tyle zaś już teraz powiedzieć mogę, że nie jest obojętnym środkiem, bo może wywołać groźne zaburzenia, że te zaburzenia jednak prędko ustępują środkom podniecającym, jakim np. jest wino silne węgierskie, dla tego też środek przerzeczony z wielką ostrożnością stosowanym być powinien.

We czwartek dnia 14go października wezwany byłem do chorego liczącego lat 22, który od kilku dni czuł się słabym, dnia poprzedniego miał dreszcze przelotne i ból w okolicy udowéj, następnie uczuł ból w gardle, często mu się zbierało mimowoli na połykanie, miał gorączkę. Zastałem go z ciepłotą 38,5° C, tętno uderzało 108 razy w minucie, prawy migdał nabrzękły, na nim białe plamy ostro odgraniczone, okrągłe, liczne, mieszkowe zapalenie migdałka, (*tonsillitis follicularis*); zapisałem mu *Pilocarpini muriatic.* 0,03 na 80 gr. wody. Gdy go nazajutrz odwiedziłem, powiedział mi, że po drugiéj łyżce zaczął ślinić, a ślinienie tak było obfite, że ze dwie kwart przez cały czas wypluł, jeśli leżał na boku, to mu ślina spływała ustami, ślina była gęsta, woni nieprzyjemnéj (śmierdzącéj jak się wyraził) i żółtawa, przytém pocił się tak mocno, jak jeszcze nigdy; obecnie ciepłota wynosi 37,2° C, tętno 84. Migdał prawy wczoraj nabrzękły, napięty i bolesny, znacznie zmalał, małe tylko ślady wypocin widać, źrenica prawa nieco zwężona, lewa rozszerzona, połykanie prawie prawidłowe, nie zapisałem mu nic więcéj. Dnia 16go października nie ślini już, poty mniéj obfite, obrzęk migdałka zupełnie ustąpił, ciepłota ciała 36,5° C, tętno 72.

18go października wieczór wezwano mnie do chłopca 14-letniego dużego wzrostu, skarżącego się od kilku dni na ból gardła, na co jednak nie zwracano uwagi, gdyż i matka i siostry miały ból gardła, który po jedno lub dwudniowém trwaniu ustąpił. Przybywszy już koło dziewiątéj wieczór do chorego zastałem go w gorączce 39° C, tętno 102. Nie mógł dobrze otwierać ust, tak że nie podobna było zajrzeć i oglądać jamy ust, ból przy dotknięciu zewnętrzném w okolicy szyjnéj odpowiadającéj położeniu obudwóch migdałków. Zaleciłem mu 0,04 chlorku pilokarpinu na 100 gr. płynu i radziłem zażywać co godzina po łyżce stołowéj. Aż do pierwszéj w nocy regularnie zażywał lekarstwo, poczém mu już więcéj leku nie zadawano, z rana było jeszcze $1\frac{1}{2}$

łyżek stołowych, które wyżył, ponieważ zaś matce powiedziałem, że się chory będzie ślinił i pocił, przeto mu matka na własną odpowiedzialność kazała powtórzyć lekarstwo w aptece, zwłaszcza że wprawdzie się ślinił, ale się nie zapocił. Po wyżyciu dwóch łyżek powtórzonego lekarstwa dostał wielkich nudności, tak że był w obawie, że zrzuci i bardzo się zaczął pocić, pot zaś był tak obfity, że się lał strumieniem, tak że poduszki, prześcieradło, słowem cała pościel była przemoczoną, niemal mokrą; wśród potów nagle ostygł cały i zbladł, czém matka przestraszona zaczęła go ocucać i obmywać octem, stało się to o godzinie drugiéj po południu, przyzwany we dwie może godziny zastałem go w głębokim śnie pogrążonego, ciepłota ciała wynosiła 37° C. tętno słabe 96, źrenice niezwężone, ślinienie i poty bardzo obfite, cierpienie miejscowe niezmienione, połyka płyny lubo z trudnością, radziłem mu ze względu na zapad podawać co godzina po łyżce silnego wina węgierskiego. Tego samego dnia do północy był niespokojny, mało co się przesypiał, o tym czasie wrzód mu w ustach pękł. Następnego dnia widziałem go w rannych godzinach, lepiéj otwierał usta, po stronie prawéj, dla tego też udało mi się oglądać ślady pozostałe po pękniętym ropniu migdałka prawego, lewy tylko był zaczerwieniony i mało co nabrzękły. Na tém się cała historyja skończyła.

Kolega Dr. Kirschner, którego zachęciłem do doświadczania skutku chlorku pilokarpinu, pisze mi co następuje:

1. T. W., siedm lat licząca, zachorowała dnia 6go października wieczór śród gorączki i wymiotów. Przypadłości te trwały cały następny dzień i noc. W piątek to jest 8go byłem zawołany, a wtedy wysypka płonicowa już była zajęła całe prawie ciało. Gorączka mierna, w gardle lekkie zaczerwienienie. Wieczór tegoż dnia ciepłota 39,5°, tętno 120, dnia 9go 40,1°, tętno 120, 9go wieczór 40,1°, tętno 120, 10go rano 40,5°, tętno 120. Błonica na lewym migdałku, śpiączka, majaczenie, bredzenie, dyfteryja na prawém migdałku. Po zażyciu chlorku pilokarpinu nie uważano ani ślinienia, ani ścieśnienia źrenicy, również nie uważano żadnych oznak zapadu przez dzień wczorajszy, to jest 11 i dzisiejszy to jest 12. Objawy po zastosowaniu kąpieli o ciepłocie 26° były następujące: chora okazała się przytomniejszą, rozmawiała weseléj, ciepłoty po kąpieli rannéj nie mierzono, wieczór ciepłota przed kąpielą 39,7°, tętno 120. Po kąpieli leżała przez blisko dwie godziny w prześcieradło mokre owinięta. Ciepłota 39,4°, tętno 120. Dnia 11go rano ciepłota 39,9°, tętno 120, po kąpieli 38° tętno 120. Dnia 11go wieczór zamiast kąpieli owinięto chorą w prześcieradło wilgotne zimne. Ciepłota przed owijaniem wynosiła 39,7°, po dwóch godzinach 39,4°. Z powodu tak nieznacznéj różnicy w ciepłocie z jednéj strony i męczenia się choréj przy każdéj kąpieli i owijaniu zaniechano zupełnie tych ostatnich. Dnia 12go rano ciepłota 39,5° C. tętno 120, wieczór 39,5°C, tętno 120. Dyfteryja przeszła na czopek i łuki podniebieniowe, jednak w lżejszym stopniu, albowiem przez wypocinę prześwieca jeszcze błona śluzowa. I dnia 12go po wyżyciu drugiéj dawki pilokarpinu (0,02) ani ślinienia, ani zwężenia źrenic lub zapadu nie uważano, chora dużo sypia i mówi przez sen. Dnia 12 wieczór 39,5°. Dnia 13go rano ciepłota 38,5°C, tętno 120, wypocina błonicowa w tym samym stopniu co i dnia poprzedniego, ospałość i odurzenie, wieczór ciepłota 38,1°C, tętno 120. Chora przytomna zupełnie i tego dnia po wyżyciu trzeciéj dawki pilokarpinu nie uważano ani ślinienia, ani innych przypadłości temu lekowi właściwych, zaleciłem więc dawkę zwiększoną: Rp. *Pilocarpini muriatici* 0,04, *Pepsini germanici* 1,0, *Acidi muriatici guttas quinque, Aq. destillatae* 90,0 *Syrupi corticum aurantiorum* 10,0. Co godzina łyżeczkę, tak we dnie jak i w nocy dawać. Dnia 14go rano, ciepłota 38,7°, tętno 100, wieczór 39°C, tętno 120. Dnia 15go i 16go rano i wieczór ciepłota 39°, tętno 120, dnia 17go rano ciepłota 38,7° tętno 120. Ponieważ chora aż do dnia 16go wyżyła 0,14 pilokarpinu i to bez jakiegokolwiek skutku, przeto zaniechano dalszego użycia tego środka, szczególnie że i gruczoł poduszny lewy jeszcze dnia 13go, a więc jeszcze podczas używania, zaczął brzęknąć i dnia 16go doszedł wielkości sporego jaja kurzego.

2. Pani W. od kilku dni doznaje boleści przy połykaniu. Poprzedzały dreszczyki i mierna gorączka, dnia 11go chora spostrzegła sama patrząc w zwierciadło, że ma wrzodziki na migdałkach. Badanie rzeczywiście wykazało rozległą wypocinę błonicową obu migdałków. Poleciłem płukanie *ex natro salicylico* i chlorku pilokarpinu 0,4 na 100,0 wody. Nazajutrz znaczne polepszenie, wrzody daleko mniejsze, ściśle ograniczone, chora jednak, histeryczka w wysokim stopniu, twierdzi, że ją jeszcze bardziéj boli. Mimo to poleciłem drugą dawkę pilokarpinu. Ślinienie miernego stopnia, przypadów myotycznych i potów nie uważano. Dnia 13go po wyżyciu drugiéj flaszeczki wrzody bez śladu zniknęły, chora zupełnie zadowolona. Namienić jeszcze należy, że synek pięcioletni równocześnie był chory na płonicę, jednak bez przypadków dyfteryi.

3. T. S. 13 lat licząca, uczennica, w szpitalu żydowskim kilkakrotnie na gruźlicę płuc leczona, zgłosiła się dnia 15go do ambulatoryjum szpitala żydowskiego. Badanie wykazało owrzodzenie błonicowe obu migdałków w wysokim stopniu, bez gorączki. W domu dziecko małe przebyło błonicę migdałków. Dnia 17go zgłosiła się do mnie. Badanie wykazało zupełne wyleczenie, ani śladu jakiejkolwiek wypociny na migdałkach lub przełyku, dziewczynka ma się zupełnie dobrze. Płukania żadnego już nie przepisałem, ślinienie było mierne.

4. R. S. często miewa zapalenie migdałków, dnia 15go b. m. bez wiadoméj przyczyny dostał lekkich dreszczów, koło południa badany okazuje ciepłotę 39,7°C. Badanie gardła wykazało lekkie zamglenie czopka, znaczne zaczerwienienie migdałków, poleciłem płukanie *ex natro salicylico*, Nazajutrz stan bezgorączkowy, na obu migdałkach rozrzucone szarozielone wrzodziki, przepisałem chlorku pilokarpinu 0,04 na 100 gr. wody. Dnia 17go rano, ani śladu jakiéj wypociny na migdałkach, chodzi za zwykłemi interesami, ślinienie mierne, poty obfite, źrenice prawidłowe.

Będąc już w toku robienia doświadczeń z chlorkiem pilokarpinu, zastanowiłem się nad tém, czy też Dr. Guttmann stosował ten środek w błonicy tylko samoistnéj lub też i w błonicy towarzyszącéj płonicy, gdyż o tém w swéj pracy żadnéj nie czyni wzmianki, a przecież to nie jest obojętném, czy się ma z jedném czy z dwoma zakażeniami, to jest z błonicowém i z płonicowém, do czynienia; dla usunięcia wszelkiéj wątpliwości napisałem do Dra. G. prosząc go o wyjaśnienie téj okoliczności, wkrótce odebrałem od niego uprzejmy list, w którym mi donosi, że w miasteczku, gdzie ma swoją siedzibę, już od pół roku panuje pospólnie płonica, i że nietylko błonicę samoistną lecz i powikłania z płonicą się wydarzają, że na 66 przypadków dyfteryi 18u przypadkom towarzyszyła płonica, że w ostatnim czasie leczył sześć świeżych przypadków, z których cztérem towarzyszyła

płonica, opisuje jeden z nich bardzo ciężki, w którym wątpił czy zdoła chorego uratować, a jednak nad wszelkie spodziewanie chory odzyskał zdrowie. Przytoczę ustęp odnośny jego listu dosłownie co do tego przypadku:

„Między tymi chorymi był jeden przypadek, który do najcięższych winien być zaliczony, gdyż po pierwszych trzech odwiedzinach zdawało mi się, że mimo mojego sposobu leczenia zakończy się śmiercią, zwłaszcza, że choroba była zaniedbaną, gdyż przez trzy dni leżał bez wszelkiéj opieki lekarskiéj.

Był to chłopiec, lat dziesięć liczący, cierpiał on na błonicę wśród płonicy, leżał w osłupieniu (*stupor*) z oddechem charczącym (*stertorosus*), ledwie go można było z głębokiego snu przebudzić, a gdy go przebudzono, wtedy bredził, mowa była niezrozumiała, więcéj mruczał bez związku, poczém wnet zasypiał, ciepłota ciała 41°C, tętno bardzo szybkie, nitkowate, spojówka ócz ciemnoczerwona, nastrzyknięta, napój mu podany z wielką połykał trudnością, nawet część onego ustami mu spływała, migdałki zewnętrznie można było wyczuwać nabrzękłe, język suchy, brunatny i popękany, cały połyk, jamy nosowe począwszy od otworów zewnętrznych aż do tylnych nozdrzy pokryte błonicowym nasiąkiem, w pierwszych trzech dniach stan się w niczém nie zmienił, dopiero czwartego dnia połyk się oczyścił, ale jama nosowa jeszcze była wypełniona nasiąkiem błonicowym, dla tego bardzo starannie kilkakrotnie przez dzień przestrzykiwałem jamę nosową mięszanką, w skład któréj wchodziły 2,0 trawiennika (*Pepsin*), 2% kwasu karbolowego i 200 wody wapiennéj, z powodu wysokiéj ciepłoty podawałem dziennie 0,50 siarkanu chininu, siódmego dnia choroby chory wyzdrowiał."

W przypisku drukowanym, późniéj mi nadesłanym, wspomina Dr. G., że w niektórych przypadkach opóźniło się wyzdrowienie o kilka dni, z powodu błonicy ucha środkowego, i porażenia podniebienia miękkiego, które zwykle 36 godzin trwało i odznaczało się utrudnioném połykaniem.

III. Oceny i sprawozdania.

Jad wąglikowy i szerzenie się zarazy śledzionowéj. [1]) Pogląd na najnowsze poszukiwania.

2.

Sprawozdania z postępów umiejętności przyrodniczo-lekarskich, przy bystrym ich rozroście stały się dziś koniecznością. Najznakomitsi uczeni podają treściwe przeglądy zdobyczy naukowych w pewnym kierunku, bynajmniéj nie uważając tego rodzaju pracy za ubliżenie wysokiemu stanowisku, jakie zajmują w hierarchii wiedzy ludzkiéj. Do takich należy Lister, który unieśmiertelnił swe imie w chirurgii oprawą przeciwgnilną. Na Zjeździe lekarzy angielskich, odbytym w sierpniu b. r. w Cambridge miał on sprawozdawczy wykład: „O stosunku istót drobnowidowych do chorób".

Autor podnosi wielkie i doniosłe znaczenie tego przedmiotu, w którym w ostatnim lat dziesiątku ogromne poczyniono postępy. Dla szczupłości czasu ogranicza się on do przedstawienia pobieżnego obrazu z téj dziedziny poszukiwań, w któréj nagromadzono dotychczas znaczną już ilość szczegółów. Dla ilustracyi postępu w tym dziale przytacza Lister prace Kocha, Toussainta (z Tuluzy), Pasteura (z Paryża), i Buchnera (z Monachium). [2])

Koch wykazał, iż *bacillus anthracis* wywołuje chorobę u bydła zwaną gorączką wąglikową (*splenic fever*, *Milzbrand)*, że takowa udziela się innym zwierzętom oraz i ludziom, jak to zresztą w ostatnim czasie stwierdzono u szmaciarzy (*woolsorters*) w papierniach północnéj Anglii. *Bacillus anthracis* jest to duża postać bakteryj. Koch wykazał, że istoty te nietylko w śledzionie się znajdują, lecz że zalegają one w wielkiéj ilości drobne naczynia wszystkich organów, przez co utwierdził nas w przekonaniu, że istoty te rzeczywiście są przyczyną i źródłem téj choroby i czy można sobie wyobrazić, żeby te organizmy rozpładzały się w tak ogromnéj liczbie w ustroju zwierzęcym bez szkody dla niego? Zdaniem Listera atoli jeszcze więcéj zdumiewającemi są doświadczenia Kocha tyczące się daleko drobniejszych istot, tj. ciałek septycznych. Wstrzyknięta pod skórę myszy ciecz zgniła uśmierca ją w bardzo krótkim czasie, jak się zdaje przez chemiczne zatrucie krwi wywołane gniciem, jeżeli atoli mysz pierwszy ten atak przeżyje, wtedy zdycha w dwóch dniach skutkiem choroby krwi posocznicy (*scpticaemia*). Jeżeli końcem lancety, umaczanym w sercu myszy z téj choroby padłéj, zadraśnie się skórę zdrowéj myszy, natenczas i ta mysz pada z téj saméj choroby, śród zupełnie podobnych objawów. Jad ten jest bezwzględnie pewny co do swéj trującéj własności, a proceder powtarzać można bez końca zawsze z tym samym wynikiem. Poszukiwania wedle Kocha (po zabarwieniu przekrojów) przekonywają, że krew takiego zwierzęcia obfituje w bakteryje, podobne do *bacillus anthracis* co do kształtu laseczkowatego i co do niezmierzonéj ilości, różniące się jednak pod względem rozmiarów, wynoszą bowiem zaledwie 1/8 średnicy *bacill. anthracis*, przez co wyglądają jakby smukłe drobne przecinki. Septicemija więc zawdzięcza swe powstanie tym istotom, które gdyby nie sposób badania przez Kocha wskazany, byłyby uszły uwadze. Choroba ta różni się zarówno od zatrucia chemicznego krwi, wywołanego przez wejście w krążenie od razu większéj ilości zgniłéj a w istoty te obfitującéj cieczy, jako też od ropnicy, w któréj wytwarzają się wielorakie ropnie i zakrzepiny, których w posocznicy nie ma. Przy swoich dociekaniach z myszami dostrzegł był Koch, że obok septicemii, w miejscu ukłucia lancetem, wytwarza się zgorzelina, w zakresie któréj odkrył on inne organizmy drobnowidowe, mianowicie micrococci, drobniutkie okrągławe ziarnka (*granules*), ułożone w rzędy linijowe, niby nitki paciorek. Wychodząc z przypuszczenia, iż te micrococci tworzą podstawę miejscowéj zgorzeliny, próbował Koch izolować je, co mu się trafem szczęśliwym udało. U myszy polnéj bowiem spostrzegł on, iż *bacillus septicemii* nie wytwarza się jak u myszy domowéj, natomiast zgorzel miejscowa powstaje bardzo wybitnie, w któréj owe micrococci doskonale się rozwijają. Gdy więc micrococcus zaszczepiono daléj myszy domowéj, rozwinęła się u niéj następnie zgorzelina miejscowa, czysta, wyłącznie rozprzestrzeniająca się w tkankach w nieograniczonéj rozległości. Używa więc Koch organizmu zwierzęcego jako aparatu dla rozwoju istot, gdzie rozwój ten i ich skutki studyjować można. Raz spostrzegł on przy zaszczepieniu zgniłéj cieczy królikowi w miejscu ukłucia przypady mające wszelkie kliniczne cechy róży, a badając zabarwione przecięcia odkrył

[1]) Jednocześnie otrzymaliśmy kilka sprawozdań z najnowszych badań w przedmiocie grzybków chorobotwórczych. Pragnąc korzystać z prac nam nadesłanych pozwalamy sobie zestawić je w sposób systematyczny, dla ułatwienia czytelnikom ogólnego poglądu. *Red.*

[2]) Z téj ostatniéj pracy podamy szczegółowe sprawozdanie skreślone przez Dra Lutostańskiego. *Red.*

on inny drobniutki organizm podobny do micrococcus zgorzelinowego, lecz tylko w obszarze chorobą zajętym a wnioskując *per analogiam* przypuścić należy, że stanowi on źródło choroby. Tyle z prac Kocha, którego Lister genialnym nazywa badaczem.

Doświadczenia Toussainta co do szczepienia ochronnego zarazy śledzionowéj (*splenic fever, Milzbrand*) czynione, zasługują na szczegółową wzmiankę. Owcy zdrowéj wstrzykiwał T. krew z owcy padłéj z téj choroby, lecz przedtém bądź to przez filtrowanię, bądź przez wystawienie na działanie wysokiéj ciepłoty z prątków wąglikowych uwolnioną. Filtrowanie odbywa się przez dwunastowarstwowy papier, w którym *Bacill. anthr.* się zatrzymuje. Ogrzanie zaś odbywa się przy ciepłocie 131° F. = 55° Cels. po poprzedniém dodaniu do płynu ½% kwasu karbol. dla zapobieżenia gniciu. Otóż gdy taki płyn, o którym poprzednio przez szczepienie próbne na inném zwierzęciu się przekonano, iż nie wywołuje już téj choroby, zaszczepiono zdrowéj owcy, taż okazywała zabezpieczenie (*immunitatem)* przeciw chorobie, lecz co jest przytém najciekawszém, iż ta siła odporna występowała dopiero po upływie kilkunastu dni. Od czasu eksperymentów do chwili, gdy o tém Lister donosi, upłynęło 4½ miesiąca, jak mu to Toussaint zakomunikował, a siła ta odporna daléj istnieje, ponowne bowiem szczepienia jadowitym płynem, które u nieszczepionych wywołują bezwarunkowo chorobę, wcale już owcom nie szkodzi, atoli przed upływem 12—14 dni od pierwszego ochronnego szczepienia ulegają jeszcze chorobie, gdy jadem zostaną zaszczepione. (*Brit. med. journ.* Wrzesień.) *Dr. Karcz.*

Fiałkowski: **Choroby oka gnilcowe.**

Gnilec nagabuje oczy bardzo rzadko. Przypadki zmian gnilcowych, w oku spostrzegane przez F. w oddziale okulistycznym szpitala wojskowego w Dynaburgu od r. 1877 do 1880, stanowią tylko 3·5% gnilca w ogólności. Najczęściéj wydarzają się zmiany gnilcowe w skórze powiek, spojówce powiekowéj i gałkowéj, w rogówce i tkance łącznéj nadtwardówkowéj. Najczęściéj spostrzegano wynaczynionki ciemno-czerwone, niemal czarne, w zewnętrznéj części spojówki gałkowéj (około 80%). Ustępowały one po 4 do 5 tygodniach, ale w przypadkach, w których wynaczynionki występowały kolejno w różnych jéj częściach, tak iż cała spojówka gałkowa podlana była krwią ciemną, ulegała rogówka lekkiemu zaćmieniu, tęczówka okazywała zmianę barwy, źrenica zwężenie i leniwość ruchów. Objawy zadrażnienia były przy tém uderzająco słabe. O wiele rzedziéj wydarzają się wynaczynionki w tkance nadtwardówkowéj; chorzy cierpią przy tém silne bóle rzęskowe, a ciałko rzęskowe jest bolesne przy najlżejszém dotknięciu, domyślać się więc należy jego przekrwienia, ale nigdy nie udało się wykazać krwotoku ani w komórce przodkowéj ani w ciałku szklanem. Zapalenie rogówki gnilcowe powstaje albo samodzielnie albo w towarzystwie wynaczynionek spojówki gałkowéj, rzedziéj tkanki nadtwardówkowéj. Występuje ono jako zapalenie miąższowe rozlane wśród nieznacznych przypadów zadrażnienia. Rogówka przybiera brudno szare, zielonkowate wejrzenie, a w tém ogólném jéj zaćmieniu widać tu i owdzie mocniejsze, niemal białe nacieki. Przebieg jest zawsze przewlekły, zakończenie pomyślne, wrzodów ani ropni F. nie spostrzegał nigdy. Spojówka może nie okazywać żadnych zmian, niekiedy jednak występują w niéj wynaczynionki, co zwalnia przebieg zapalenia rogówki. W dwóch tylko przypadkach ciężkiego gnilca widział F. na 5 do 6 dni przed śmiercią ropne zapalenie rogówki przy zupełnym braku zadrażnienia zapalnego. Znaczniejsze zajęcie tęczówki w cierpieniu gnilcowém rogówki jest zjawiskiem rzadkiém.

W razie przystąpienia cierpienia gnilcowego do jaglicy nie znoszą chorzy przyżegania za pomocą siarkanu miedziowego, co też F. zniewalało do zaprzestawania takowego, póki się stan ogólny chorego nie poprawił i do używania tylko środków lekko ściągających, jak garbnik.

Na wzmiankę zasługuje jeszcze kurza ślepota, występująca niekiedy w przebiegu gnilca, już to samoistnie już też w połączeniu z zapaleniem spojówki i rogówki. Wziernik nie wykazuje żadnych zmian chorobowych, bystrość wzroku jest atoli zmniejszona. We wszystkich tych cierpieniach gnilcowych rokować można dobrze, najczęściéj bowiem kończy się wszystko powrotem do stanu prawidłowego. Oprócz leczenia ogólnego stósował F. miejscowo atropin i ciepłe okłady aromatyczne, a po złagodzeniu objawów zapalnych z dobrym skutkiem maść z żółtego precipitatu (0·12 na 4·0 waseliny), która przyspieszała wessanie krwi. Dotkniętych kurzą ślepotą leczył ciemnicą i tranem rybim. (*Centralblatt f. pract. Augenheilk. Augustheft.* 1880). *Prof. Dr. Rydel.*

George Wherry: **Obłąkanie skutkiem urazu głowy, trepacacyja, zupełne wyzdrowienie.**

Samuel S., 38 lat liczący, wyrobnik, w sierpniu 1878 r. przy pracy zatrudniony, doznał uszkodzenia głowy przez młot, który nań spadł z wysokości sześciu stóp. Nie stracil on wprawdzie przytomności, późniéj jednak dawały mu się czuć skutki tego uderzenia. Z początku czuł jakby „zimno“ w głowie. W styczniu 1879 r. był on obłożnie chory przez kilka tygodni. Po tém gdy usiłował pracować, wnet zniewolony był pracy zaniechać, z powodu zawrotu głowy, drgania w plecach, trętwienia podudzi i szumu w uszach. Próbował on ponownie jąć się pracy w sierpniu 1879, a więc w rok po urazie, lecz nie był świadom tego, co ma właściwie za zadanie przy pracy, i nie był w stanie skupiać myśli. W październiku 1879 r. przybył on do szpitala, użalając się na głośne wrzaski w uszach, ciągnące bóle w szczycie głowy bez przestanku nawet w nocy, dotkliwe bóle w obydwu ramionach i wzdłuż wewnętrznéj strony podudzi, wreszcie na zimno w nogach. Dostrzeżono, że z pomiędzy objawów wymienionych niezmiennym i najwyraźniejszym był ból w szczycie głowy, z którego to powodu chory często kładł swe palce na gwiaździstą i nieruchomą bliznę pozostałą po urazie młotem. W ostatnich tygodniach 1879 r. przypadłości się potęgowały; chory stał się więcéj drażliwym, posępnym i wspominał często o samobójstwie. Źrenica lewa była szersza, sen krótki. W styczniu 1880 zaledwie zdołała go powstrzymać siostra miłosierdzia od śmiałego zamiaru rzucenia się ze schodów, udało mu się atoli skoczyć z niższych schodów i upaść z wysokości 15 stóp, przyczém nadwerężył sobie lewą stopę w kostce. Dnia następnego odesłano chorego do domu obłąkanych, gdzie opisane objawy nadal trwały, wraz z bólem w miejscu blizny na głowie. Po niejakim czasie, gdy stan ten w niczém się nie zmienił, uznano za wskazane wykonanie rękoczynu eksploracyjnego. W marcu przeto za pomocą trepanu wyjęto kawałek kości bocznéj w miejscu blizny, pod którym błona twarda okazywała wygląd ciemno szkarłatny, lecz widocznie nie była chorobowo zmienioną, takowa wypukiała się za każdém uderzeniem tętna. Wyjęta

kość w średnicy $^3/_4$ cala nie była złamaną. Krwawiące naczynia podwiązano nitkami konopnemi, nałożono szwy z drutu srebrnego i przyłożono watę na ranę. Podczas rękoczynu był chory narkotyzowany eterem. Rana szybko się zagoiła, a stan chorego tak się poprawił, że w cztery tygodnie po rękoczynie chory pracować mógł w warsztacie ciesielskim do zakładu należącym. Wypuszczono go z zakładu 28go czerwca b. r. a obecnie (Wrzesień) zarabia znowu na utrzymanie dla siebie i rodziny jako snycerz. Rękoczyn zrobiono w nadziei usunięcia jakiejś przyczyny drażnienia mózgu mogącéj leżeć bądź to w czaszce, bądź téż na oponie twardéj pod blizną. Przebieg przypadku tego i objawy jakkolwiek one były raczéj ogólnemi niżli miejscowemi, wskazywały na uraz jako przyczynę obłąkania, a pomimo iż nie znaleziono źródła drażnienia, chory wyzdrowiał szybko, i odzyskał po operacyi władze fizyczne i umysłowe. Nie jest łatwém wytłumaczenie sobie zmniejszenia się objawów mózgowych w tym przypadku; w każdym razie szczegóły powyższe nie są bez znaczenia. *(Brit. med. journal, Paźdz. 1880).* *Dr. Karcz.*

L. Landau: **O sposobach rozszerzania szyi macicznéj.**

L., docent uniwersytetu w Berlinie, krótko, lecz zwięźle i jasno przedstawia wszystkie sposoby tępéj i krwawéj dylatacyi szyi macicznéj wraz z ich historyją i literaturą. Objaśniając odpowiednie przyrządy i narzędzia wcale udatnemi rysunkami wydaje o nich sąd porównywając pojedyńcze metody i przychodzi do wniosku, iż używanie drążków Tupelo, wyrabianych z korzeni i łodygi rośliny *Nyssa aquatica* uznaje za najodpowiedniejsze. Broszura ta zaleca się jako spis wszystkich metod, chociaż na sąd w niéj wydany pisać się nie można, gdyż nic dziwnego, iż L., który drążki Tupelo wynalezione w Ameryce wprowadził do Europy, broni swego dziecięcia nawet w obec sposobu Fritscha, zapominając wspomnieć, iż przy ostatnim i efekt jest większym, koszt i czas bez porównania mniejszym. (*Volkmanns Samml. klin. Vorträge Nr. 187).* *Dr. M. K.*

Wiadomości pomniejsze.

(y) Dr. Schmidt z Frankfurtu nad Menem na Zjeździe międzynarodowym laryngologów w wykładzie: „o leczeniu suchot krtaniowych“ dochodzi do następujących wniosków:

1) Suchoty krtaniowe prawie zawsze łączą się ze suchotami płucowemi.

2) Są trzy formy suchot krtaniowych: zapalenie więzadeł głosowych, kończące się najczęściéj lekkiém owrzodzeniem, wywołaném nadżarciem (*usura*) drugiéj struny głosowéj; owrzodzenia powierzchowne i owrzodzenia głębokie.

3) Te trzy formy mogą się znajdować w téj saméj krtani, bądź to jedna, bądź dwie, bądź wszystkie trzy.

4) Z temi trzema formami może się łączyć naciek gruźliczy i obrzęk następowy *(oedema collaterale).*

5) Rozpoznanie może być utrudnione tylko przy *syphilis*. Najlepszym środkiem rozeznawczym jest jodek potasu, używany w wielkich dawkach przez tydzień.

6) Suchoty krtaniowe są uleczalne.

7) Nie można uważać przypadku za uleczony, jeżeli i płuca nie są również wyleczone.

8) Leczenie dzieli się na leczenie płuc i leczenie krtani.

9) Co się tyczy leczenia płuc, to sposób fizyjologiczny wyżéj stoi niż sposób leczenia lekarstwami.

10) Leczenie krtani powinno się odbywać sposobem antiseptycznym. W tym celu poleca wziewania balsamu peruwijańskiego, kwasu karbolowego albo glicerolu kreozotu.

11) Najlepszym środkiem przeciwko naciekowi są skaryfikacyje rozległe dłutkiem w poprzek ściany tylnéj. *(France médicale* 1880. 79).

(T. W.) Z wielu stron gorąco polecanego w ginekologii jodoformu używał także z pomyślnym skutkiem Dr. Kurz *(Allg. med. Centralzeit.)* przeciw *metritis chronica, perimetritis, parametritis, oophoritis* i wrzodom części pochwowéj. Działanie ma być o wiele szybsze aniżeli po zapędzelkowaniu nastojem jodowym, i koi nawet bóle na podobieństwo środka narkotycznego. Tampony zamaczane w roztworze z gliceryną 1:10 lub obłożone maścią przykłada się na część pochwową i zmienia 2 razy w tygodniu, przy czém można i na powłoki brzuszne téj saméj maści użyć.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu.

z dnia 7 października 1880 r.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

Następnie przystąpili członkowie do dyskusyi nad terapiją panującéj obecnie czerwonki. Podług kolegi Koszutskiego woda napełniona milijonami wymoczków jest głównym powodem czerwonki. Kol. Koszutski daje w czerwonce z dobrym skutkiem olejek rącznikowy i proszek Dowera. Chcąc usunąć znaczny tenesmus używa nacierania z Ol. hyoscyami coctum. Kol. Opieliński daje w czerwonce olejek rącznikowy i dla zmniejszenia bólów małe dawki morfinu lub wodnika chloralu. Kol. Gąsiorowski używał od dawien dawna ze skutkiem olejku rącznikowego i wizmutu z makowcem, za napój dawał odwar z czarnych jagód. Kol. Kaczorowski uważa obecną epidemiję czerwonki za ciężką, albowiem przeważają przypadki dyfterytyczne, często pociągające za sobą ogólną hydremiję z obrzękami dolnych odnóg i wodną puchliną jamy brzusznéj; nieżytowe nawet przypadki wloką się czasem przez kilka tygodni. Odpowiednio téż natężeniu panującéj choroby występuje ogromna jéj zaraźliwość, któréj nawet dezinfekcyja stolców czerwonkowych nie zawsze zapobiega. Należałoby podług kol. Kaczorowskiego, chcąc wstrzymać dalsze szerzenie choroby, równie energicznych używać środków zaradczych, jak w ogniskach cholerycznych, t. j. niszczyć przyrzut i w wydzielinach chorobowych, zanieczyszczających bieliznę, pościel itp. Ponieważ to jednakże w obec ustawicznych wypróżnień czerwonkowy chrzecz bardzo trudna, a prawie niepodobna, więc osoby otaczające chorych i narażone na chorobowe wyziewy większéj przestrzegać powinny ogledności w dyjecie. Jad czerwonkowy, zapewne ustrojowy, zdaje się podobnie jak w cholerze, różne wywoływać stopnie otrucia, z których za najlżejszy uważać można pojawiającą się w otoczeniu ogniska chorobowego skłonność do bólów brzucha, szczególnie po wzdymających i kwaśnych pokarmach. Wyższym stopniem zakażenia bywa już biegunka jeszcze niekrwawa, któréj przyznać należy znaczenie ostrzegające (*diarrhoea praemonitoria*). Prawie nigdy nie wybucha czerwonka bez takiéj zwiastunowéj biegunki. Owoż tedy kto jest wystawiony na ciągłe działanie przyrzutu czerwonkowego, winien wystrzegać się wszystkiego, co mu sprawiać zwykło rozwolnienie, używać napojów i pokarmów trochę szczmiących, jako to wina czerwonego, a przedewszystkiém czarnych jagód, których barwiki, przechodząc przez cały przewód pokarmowy, dopełniają pod pewnym względem dezinfekcyi grubego jelita. Nie zawadziłoby także baczyć na oczyszczanie rzyci, jeżeli nie za pomocą kąpieli, to przynajmniéj obmywania wodą karbolową, gdyż wedle wszelkiego prawdopodobieństwa od niéj wychodzi pierwotne zakażenie. Skoro się zjawi biegunka, czémprędzéj przeczyszczać należy grube jelito za pomocą olejku rącznikowego, a nie po—

wstrzymywać wydzielin zapomocą makowca, który dopiero po dokonaném przeczyszczeniu może być na miejscu. Jeżeli mimoto i zachowania ściśléj dyjety rozwolnienie powraca, a w stolcach okaże się ślad galaretowy z przymieszką krwi, natenczas rozpoczyna kol. Kaczorowski energiczne leczenie miejscowe grubego jelita za pomocą irygacyi. Napotyka się w tym względzie często na zarzut, że nie wszędzie okoliczności pozwalają na takie leczenie. Odkąd jest w używaniu irygator Esmarcha, ani przyrząd jest tak kosztownym, ani manipulacyja jego tak nieprzystępną, iżby i w niezamożnym domu bez pomocy felczera miejscowe leczenie czerwonki ściśle przeprowadzić się nie dało. W miejscowém leczeniu czerwonki używane bywają leki sczemiące albo też antyseptyczne. Z pomiędzy pierwszych najwięcéj wziętości i słusznie doznaje saletran srebra w rozczynie 0,5—1,0%. Z leków przeciwgnilnych stosuje kol. K. kwas karbolowy, salicylowy i chloral, ostatni zarazem jako środek uśmierzający. O wszystkich tych środkach twierdzi kol. Kaczorowski, że nie wolne są od drażnienia odbytnicy, a na szczycie choroby zawsze zwiększają i tak już spotęgowane parcie na stolec. Kwas karbolowy może najmniéj jeszcze drażniący, zwiększa zazwyczaj krwawienie jelita i w obfitych stósowany irygacyach rozwinąć może własności trujące. Chcąc wszelkim tym niedogodnościom zapobiedz wziął się kol. Kaczorowski w teraźniejszéj epidemii do używania wody wapiennéj, tak błogo oddziaływającéj na obrażenie błony ślnzowéj w swoistych zapaleniach, np. tryprze, błonicy itd. Istotnie skutek przeszedł wszelkie oczekiwania kol. Kaczorowskiego. Obfite irygacyje grubego jelita 1—2 litrów letnéj wody wapiennéj z 2 częściami czystéj wody rozcieńczonéj nie sprawiają żadnych boleści i jakkolwiek woda najczęściéj się wraca, sprawia uspokojenie, które utrwala się jeszcze następną enemą z około 100,0 letniéj wody, albo lepiéj jeszcze kleiku krochmalnego, z 1,0 Tra opii. Powtarzając owe wstrzykiwania dwa, a w cięźkich przypadkach nawet trzy razy dziennie uważał kol. K., że sprawa chorobowa kończy się w 3—5 dniach, jeżeli leczenie od samego początku choroby stosowane było. Jestto więc sposób bardzo prosty i skuteczny, który też gorąco Członkom poleca. Za pokarm podaje chorym wyłącznie mleko w wszelkich postaciach. W przewlekłych, nieżytowych przypadkach używa kol. K. irygacyi z półtorachlorku żelaza 0,5—1,0%. Gdzie żadną miarą miejscowe leczenie nie da się zastosować, najlepiéj działają, obok od czasu do czasu powtarzanych średnich dawek olejku rącznikowego, duże dawki octanu ołowiowego z makowcem, albo też wielkie dawki podsaletranu wizmutu z kredą przeplatane dawkami makowca. W lekkich nieżytowych przypadkach wystarcza podawać czarne jagody w formie kompociku kilka razy dziennie. W końcu napomina, aby chorym na czerwonkę nie pozwalać na oddawanie stolca siedząco i przytacza przypadek ze swéj praktyki, gdzie chora mająca czerwonkę i będąca już w stanie rekonwalescencyi usiadłszy razu pewnego na stolec, nagle umarła. Sekcyja wykazała drobne owrzodzenie jelit, będące na wyleczeniu i stłuszczenie nerek. Serce było zupełnie próżne. Chora umarła więc na synkopę.

Sekretarz *Dr. Swięcicki.*

Sekcyja lwowska Tow. lek. galic.

Posiedzenie XIII z dnia 14go lutego 1880.

W zastępstwie nieobecnego kol. Głowackiego przewodniczy kol. Widmann. Obecnych członków 18.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

5) Dr. Merunowicz podał najpierw wyniki swéj pracy: o chemicznych warunkach ruchów serca (patrz Przegl. Lek. 1876), następnie zdał sprawę z dwóch najnowszych prac w tym kierunku. I tak:

Dr. Stiénon (*Die Betheiligung der einzelnen Stoffe des Serums an der Erzeugung des Herzschlages; aus der physiologischen Anstalt in Leipzig. Arch. f. Anat. u. Physiol.* 1878, Nr. 263 i nast.) stwierdził w zupełności doświadczenia Merunowicza, mianowicie: że serce żaby, pozbawione zupełnie ruchu, daje się napowrót do regularnych skurczów pobudzić, skoro napełnimy je rozczynem 0·6% soli kuchennéj z domieszką 0·5 do 0·1% węglanu sodowego; że oraz prócz jednéj istoty organicznéj w wodzie i w wyskoku rozpuszczalnéj (prawdopodobnie ciała białkowatego) wszystkie inne składniki surowicy krwi dla wywołania i podtrzymywania ruchu serca są obojętne.

Gaule (*Die Leistungen des entbluteten Froschherzens, aus d. physiol. Instit. zu Strassburg. Archiv. f. Anatomie u. Physiologie von His u. Brauner und von E. du Bois-Reymond*, 1878, str. 291 i nast.) stwierdził wszystkie doświadczenia Merunowicza z tym samym wynikiem; ponieważ jednakże ilość węglanu sodowego, jaką potrzeba dodać do rozczynu soli kuchennéj, jest dość znaczną, ponieważ wreszcie serce napełnione takim płynem zbyt szybko się nuży i po powtórném napełnieniu nie daje żadnych znaków życia, przeto zmienił G. węglan sodowy na wodnik sodowy. Skutek okazał się nad wszelkie spodziewanie pomyślnym; gdy bowiem dodano do ½ litra 0·6% rozczynu soli kuchennéj jednę kroplę wodnika sodowego i gdy takim rozczynem wypełniono serce pozbawione ruchu przez kilkakrotne wypłukanie czystym rozczynem soli kuchennéj, wtedy następowały bezpośrednio po sobie tysiąc i więcéj uderzeń serca i to zarówno silnych, jak gdyby do wypełnienia serca użyto mięszaniny krwi z rozczynem soli kuchennéj.

Ilość węglanu sodowego potrzebna do pobudzenia ruchów serca jest bardzo małą. Najsilniejsze ruchy serca otrzymujemy, gdy na 100 sz. cm. rozczynu soli kuchennéj dodamy 5 miligm. wodnika sodowego; większa ilość od właśnie podanéj wkrótce zabija wszelką żywotność serca; najmniejsza zaś ilość potrzebna do wywołania widocznych rytmicznych skurczów serca jest ½ miligm. na 100 sz. cm rozczynu soli kuchennéj.

Ilość domięszanego węglanu sodowego nie wpływa na częstość skurczów serca, natomiast wpływ téjże na wysokość skurczów serca jest bardzo wybitnym.

Gdy tak serce pod wpływem rozczynu soli kuchennéj z wodnikiem sodowym dłuższy czas pracuje, stają się skurcze serca coraz mniejszemi i coraz to rzadszemi, wreszcie ustają, czyli innym wyrazem: serce się nuży. Odnowienie cieczy wewnątrz serca wywołuje nowy szereg skurczów i to udaje się kilkakrotnie, w końcu już odnowienie cieczy nie pomaga. Te objawy znane były także i poprzednim badaczom (Bowditsch, Kronecker, Merunowicz), Gaule znalazł nadto, że ciecz, która odpływa z serca jako już zużytkowana powtórnie użyta i to w takim razie gdy już dodatek świeżego płynu z wodnikiem sodowym nie pobudzał serca do skurczów, wywołuje znowu silne i dłuższy czas trwające uderzenie serca. Jest to najlepszym dowodem przeciwko twierdzeniu, jakoby transfuzyja serca alkalicznym rozczynem soli kuchennéj dla tego tak korzystnie wpływała, iż wydala z serca istoty znużenia „*ermüdende Stoffe*,“ (jeżeli w ogóle takowe istnieją), gdyż właśnie w ostatnim razie działa korzystniéj ciecz zawierająca owe istoty aniżeli ciecz świeża. Tłumaczenia tego zjawiska Gaule nie podaje.

Niektóre serca zachowują się zupełnie odmiennie jak powyżéj opisano, Gaule wykrył jako przyczynę tego „indywidualnego zachowania“ ciepłotę, w jakiéj żaby przed rozpoczętém doświadczeniem pozostawały. I tak serca żab przyniesionych przed samém doświadczeniem z zimnéj piwnicy, kurczyły się słabo, gnuśnie i zmierały rychło; przeciwnie serca żab takich, które kilka dni przed doświadczeniem w ciepłym pokoju przebywały, kurczyły się tak energicznie jak powyżéj opisano. Wyższa przeto ciepłota wywołuje znaczne zmiany w zachowaniu się mięśnia sercowego; a zmiany te potrzebują pewnego czasu do wytworzenia się, gdyż krótki pobyt w cieple jeszcze nie sprawia widocznego skutku. Natomiast udaje się łatwo w inny sposób serce „zimne“ zamienić na „ciepłe“ (jak je Gaule nazywa). Oto gdy takiego serca żaby wprost z zimnéj piwnicy przyniesionego użyjemy do doświadczenia, wówczas można powolne i małe skurcze serca uczynić dwa i trzy razy tak wielkiemi, skoro tylko użyjemy do napełnienia serca alkalicznego wyciągu z drobno posiekanego serca ciepłego; wówczas zachowuje się to serce zimne pod względem siły, częstości i trwania skurczów zarówno jak serce żaby ciepłéj.

Z tego wynika, że w tym alkalicznym wyciągu dostarczono mięśniowi serca takich istot, które działają odpowiednio jak węgle dostarczone do maszyny parowéj.

Gaule zwrócił tedy swe badania w tym kierunku, by wykryć istoty wchodzące w skład alkalicznego wyciągu mięśnia sercowego. Po wielu próbach okazało się, że obojętne peptony wywierają taki sam skutek, jaki dotychczas przypisywano krwi surowicy lub alkalicznemu wyciągowi serca.

Płyn alkaliczny użyty kilkakrotnie do napełnienia pracującego serca, utraca z czasem dość szybko częśc tego wolnego alkali, a przy bliższém badaniu chemiczném okazało się, że prawie cały ubytek tego wolnego alkali odnaleziony został w związku chemicznym z jakimś nielotnym kwasem. A gdy doświadczenia te robiono z tą ostrożnością, by wolny kwas węglowy z powietrza atmosferycznego nie miał do téj cieczy przystępu, przeto nie ma wątpliwości, że ten kwas wytwarzał się w czasie pracy mięśniowéj. Kwasem tym był kwas węglowy. Gaule wykazał daléj, że wytwarzanie się kwasu węglowego nie jest wynikiem rozkładu każdego obumierającego serca, lecz jest produktem sprawy chemicznéj, będącéj przyczyną ruchu serca.

W dyskusyi nad tym przedmiotem przemawiali koledzy Widmann i Pawlikowski.

Sekretarz *Dr. Tarnawski.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XIII zwyczajne z dnia 16 czerwca 1880.

Przewodniczący kol. Warschauer. Członków obecnych 13.

1) Przewodniczący składa książki do biblijoteki Towarzystwa nadesłane.

2) Wybrano członkiem czynnym Dr. Stanisława Balickiego.

3) Kol. prof. Janikowski zawiadamia: że Komisyja słownikowa uchwaliła zasięgnąć zdania Tow. lek. w Warszawie, Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu i Sekcyi lwowskiéj Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego co do wyrazów wątpliwych i nowo utworzonych. Po krótkiéj dyskusyi Towarzystwo przyjęło tę uchwałę Komisyi.

4) Kol. Kohn miał wykład: „O nowym sposobie rozszerzania szyi macicznéj za pomocą sond kauczukowych w celu rozpoznawczym i leczniczym.“ (Wykład ten niezadługo będzie umieszczony w Przegl. Lek.)

5) Kol. Obaliński uczynił wniosek tyczący się założenia czytelni lekarskiéj upraszając o dotacyję, która pokrytą być może z dawanéj dawniéj subwencyi Przeglądowi Lek. w kwocie 150 złr. Dla zastanowienia się nad tym wnioskiem i dla obmyślenia odpowiedniego projektu wybrano Komisyję, w skład któréj weszli: koll. Kohn, Mars, Rosner i wnioskodawca.

W zastępstwie Sekretarza *Dr. Rosner.*

Posiedzenie XIV zwyczajne z d. 7 lipca 1880 r.

Przewodniczący kol. Warschauer. Członków obecnych 11.

1) Kol. prof. Domański odczytał dokończenie swéj pracy: „O kile układu nerwowego.“ (Praca ta była zamieszczoną w Przeglądzie Lekarskim).

2) Wybrano członkiem czynnym Dra Józefa Tarchalskiego. *Dr. Wasylewski.*

V. List ze Lwowa.

Sesyi sejmowéj nie ma, ale duch Sejmu wieje z postanowień departamentu sanitarnego Wydziału krajowego. W ostatnim liście (p. Nr. 31 Przeglądu Lekarskiego) staraliśmy się uzasadnić, że gospodarka referenta sanitarnego była właściwą, a niewłaściwém i niczém nieuzasadnioném były napaści ze strony niektórych posłów. Nie czyniliśmy nawet referentowi zarzutu, z powodu, że nie powstrzymał uchwały Sejmu pod względem zniesienia filij dla obłąkanych, bo uchwałę tę najłatwiéj mógł powstrzymać komisarz rządowy, jako przeciwną rozporządzeniom państwowym, żądającym zabezpieczenia i opieki dla wszystkich umysłowo chorych; ale pominąć nie możemy postanowienia, które już po zamknięciu Sejmu wydał departament sanitarny, a które każe nie przyjmować chorych do szpitalów, o ile to tylko możliwe. W rozporządzeniu znajdujemy wyliczone najrozmaitsze choroby, które nie kwalifikują się do przyjęcia, a zaiste przestrzeganie tych przepisów doprowadziłoby chyba do tego, że zabrakłoby chorych w szpitalach. Zupełnie pojmujemy, że dla referenta każdego działu głos Sejmu powinien być wskazówką w postępowaniu, ale rozporządzenie w mowie będące nie jest dziełem Sejmu, bo tak szczegółowych poleceń nigdy Sejm nie wydaje, a specyjalnie w kwestyi przyjmowania chorych wydaćby nie mógł. Zdawałoby się prawie, że referent pragnie być więcéj cesarskim niż sam cesarz, a cierpią na tém chorzy, pozbawieni wszelkiéj opieki, któréj od kraju żądać mają prawo. Jeżeli Sejm pragnął zmniejszyć wydatki na leczenie chorych wydawane, a uczynić to zamierzał przez wykluczenie chorych nieuleczalnych, — to mógłby to uczynić założywszy przedtém dom przytułku dla tychże chorych. Maleńka Hessyja przekonawszy się o dobroczynnych skutkach domów przytułku, istniejących w każdém oświeconém państewku, postanowiła przed kilku tygodniami założyć je u siebie; w tym samym czasie Sejm galicyjski nie tylko nie pomyślał o domu przytułku ale wypędza obłąkanych z zakładów i zabrania przyjmowania chorych do szpitalów. Zupełnie godzimy się na to, że utrzymywanie nieuleczalnych chorych w szpitalach jest niewłaściwém, bo droższém niż w domu przytułku, ale względnie jeszcze więcéj straci kraj przez zwiększoną śmiertelność, którą nieprzyjmowanie chorych tak z uleczalnemi jakoteż nieuleczalnemi cierpieniami za sobą pociągać musi.

A niestety śmiertelność w naszém mieście wzrasta w ostatnich tygodniach bardzo raźno, wprawdzie nie z powodu rozporządzeń departamentu sanitarnego, ale z powodu grasującéj odry, ospy i szkarlatyny, z których ostatnia coraz złośliwszą się staje. I cóż na to ojcowie miasta? Oto za przykładem Sejmu — robią oszczędności nie robiąc właściwie nic, albo przynajmniéj bardzo mało. Dzięki błędnemu postępowaniu naszemu nieczynność miasta usprawiedliwiają obrońcy nic nierobienia datami statystycznemi, że choroby te nie grasują epidemicznie, ale jak zawsze i ciągle sporadycznie. Rzeczywiście opierając się na liczbie przypadków doszłych do wiadomości Rady, można mieć przekonanie, że nie istnieje epidemija, ale gdyby każdy lekarz donosił o zapadłych na choroby wysypkowe, a to przecież jest obowiązkiem, o którego wypełnienie kilkakrotnie prosił zarząd miasta, wówczas nawet najskrajniejszych zwolenników oszczędności przeraziłaby cyfra chorych. Dzisiaj my lekarze wiemy, jak groźną jest epidemija i wiedzą ci, którzy z dat śmiertelności umieją wysnuwać wnioski, a biegłych w tym względzie zanadto wielu nie znajdujemy w Radzie, w któréj usiłowania kilku radnych lekarzy są tém większéj pochwały godne, im większe trudności ci panowie muszą pokonywać. Usiłowania ich popiera sekcyja Tow. lek., która sprawę oddzielenia chorych na wysypki przez założenie szpitala barakowego na jedném z ostatnich posiedzeń podniosła. Należy pod tym względem oddać słuszność, że Tow. lek. stoi na straży zdrowia publicznego i często podnosi kwestyje bardzo ważne ze stanowiska sanitarnego; do takich należy myśl podniesiona przed miesiącem założenia mleczarni na wzór zagraniczny. Udowadniać jéj potrzeby albo wykazywać korzyści, jakie miasto i jego mieszkańcy mieć mogą, byłoby rzeczą zbyteczną, a korzyść dla przedsiębiorstwa widoczna zdaje się zachęci do urzeczywistnienia projektu.

Od objęcia rządów nad zakładem kulparkowskim przez nowo mianowanego dyrektora, do téj chwili zupełna panuje cisza. Przyzwyczajeni do ciągłych niepokojów dziwimy się, że cisza istnieje, a rzeczywiście rzecz to podziwienia godna.

że bez zmian wszelkich i reformy wewnętrznéj spokój udało się przywrócić. Pytanie jednak, czy da się on utrzymać i czy trwałym będzie. Już ta okoliczność, że od pierwszéj chwili spokój zapanował, każe nam mieć nadzieję, że ład będzie istniał, mniejsza o to, czy po wewnętrznéj reformie lub nawet bez niéj. Brak pogłosek o reformie i upływający termin trzechmiesięczny do wprowadzenia zmian dozwala przypuszczać, że prawdopodobnie bardzo małe, a może nawet żadne nie nastąpi przeobrażenie, a gdyby się obeszło bez reformy, to byłoby największym tryjumfem dla dyrektora. Nie chcielibyśmy jednak, aby chęć tryjumfu powstrzymała dyrektora od reformy, która zdaje się być konieczną. W téj kwestyi jednak najkompetentniejszym jest sam dyrektor i nie wątpimy, że on wprowadzi zmiany w składzie osób, gdy dobro zakładu tego wymagać będzie. O ile wiemy popiera Wydział krajowy wszelkie usiłowania dyrektora i tém ułatwia mu trudne zadanie; byłoby jednak do życzenia, aby poparcie nie ograniczało się wyłącznie do Wydziału, ale aby takowe znalazł u publiczności i w dziennikarstwie. Nie żądamy przez to rzeczy niepodobnych, ani niemożliwych, tylko rzeczy bardzo zwykłéj, t. j. nieszkodzenia zakładowi przez ogłaszanie mylnych faktów i wysnuwanie z tychże wniosków. Mam tu na myśli zarzut, który pojawił się przed kilku tygodniami w dzienniku lwowskim, a za który otrzymał tenże bardzo zasłużoną odprawę od redakcyi Waszego tygodnika.

Na zakończenie kilka słów o reklamie. Mało brakuje a dorównamy w tym względzie Ameryce, a na dowód tego przytaczam ogłoszenia pewnego magistra farmacyi nie przebierającego w pomysłach, który w swoim czasie wynalazł trociczki przeciwdżumowe, a dzisiaj pachnidłami zabezpiecza od szkarlatyny. Niestety do podobnéj chociaż mniéj naiwnéj reklamy uciekają się i lekarze, autorowie rozmaitych piśmideł popularnych, traktujących o chorobach epidemicznych i t. p. Nie możemy mieć nic przeciwko wydawaniu broszur popularnych z działu medycyny i jakkolwiek sami jesteśmy nawet w zasadzie przeciwni dziełom traktującym ze stanowiska popularnego o chorobach, nie występowalibyśmy przeciwko wydawanym u nas piśmidłom, gdyby one miały jakąkolwiek rzetelną wartość, lub przynajmniéj nie rozbudzały obawy, ale uspakajały czytających. Tymczasem nie znajdujemy tam żadnych racyjonalnych wskazówek co do profilaksy i zachowania się podczas epidemii, a pytając się o cel dzieła musimy przyjść do przekonania, że to w swoim rodzaju inserat, którym autor dobija się praktyki lekarskiéj czyli grosza. Czartowski to wynalazek ten grosz; aby go zaoszczędzić pobłądził Sejm i departament lekarski i dla niego błądzą zwykli śmiertelnicy, autorowie broszur popularnych.

X.

Szkoła lekarska dla kobiet w Petersburgu.

W r. 1872 zatwierdził rząd rosyjski ustawę, na mocy któréj początkowo w medyko-chirurgicznéj Akademii, a następnie w mikołajewskim wojskowym szpitalu, zostały otwarte kursy lekarskie dla kobiet chcących się poświęcić zawodowi lekarskiemu.

Nie bez zajęcia przejrzy lekarz polski szczegóły dotyczące rozwoju téj nowéj instytucyi szkolnéj, która o ile sięgają moje wiadomości, stanowi unikat w Europie. Liczby niżéj podane czerpałem z obszerniejszéj pracy Dra Herzensteina (*Wracz* Nr. 34 i 35).

W roku	1872 zapisało się na kursy lekarskie kobiet	89
„	1873 „ „ „ „ „	89
„	1874 „ „ „ „ „	80
„	1875 „ „ „ „ „	93
„	1876 „ „ „ „ „	130
„	1877 „ „ „ „ „	122
„	1878 „ „ „ „ „	108
„	1879 „ „ „ „ „	77

Nagłe zmniejszenie się liczby wpisanych w r. 1879 należy tłumaczyć wprowadzeniem w wykonanie ustawy, rozszerzającéj znacznie zakres wymagań przygotowawczych od zgłaszających się do wpisu.

Najmłodsza uczennica liczyła lat 18, i takich było w ciągu 8 lat 4%, najstarsza przeszło lat 30, ilość ich w ciągu lat 8 wynosiła 3%; 21-rocznych było najwięcéj, mianowicie 29%.

Największy kontyngens uczennic (30%) stanowiły córki urzędników; reszta rozkłada się w sposób następujący: córki i żony kupców (17%), wojskowych (13%), mieszczan (13%), duchownych (7%), szlachty (6%), lekarzy i studentów medycyny (5%), nauczycieli, aptekarzy, inżynijerów (2%) córki żołnierzy (2%), wieśniaków (1%), rzemieślników (0,5), cudzoziemek (2,1%).

Ogólna liczba uczennic podług wyznań: prawosławnych 72%, izraelitek 21,1%, katoliczek 4,8%, luteranek 2,1%.

Najwięcéj uczennic dała gubernija petersburska, po niéj moskiewska, następnie chersońska, Krym, gubernija ekaterynosławska, kijowska, Besarabija, — słowem kraj noworosyjski, z którego pochodzą wyżéj oznaczone 21% izraelitek. Z gubernii wileńskiéj było uczennic 15, z mohylewskiéj 14, z mińskiéj 7, z grodzieńskiéj, podolskiéj po 6, z Królestwa Polskiego 5 z Wołynia 4. Narodowość i religija uczennic z Królestwa Polskiego, Litwy i Rusi nie są podane.

Podług stosunków rodzinnych było uczennic: panien 89,4%, mężatek 9%, wdów 1,6%; w ciągu lat szkolnych wyszło za mąż 15,9%. Stan majątkowy uczennic z małym wyjątkiem nader niski. Streszczając wyżéj podane wskazówki widzimy, że główny zastęp uczennic stanowią panny liczące 20—21 lat, prawosławne, należące do klas wykształconych społeczeństwa, zamieszkujące gubernije petersburską, moskiewską, kraj noworosyjski, oraz gubernije po brzegu Wołgi leżące.

Na 100 uczennic, które wpisały się w tym samym roku zaledwo połowa jednocześnie dochodzi do kursu trzeciego, na kursie 4 liczba ich wynosi 43,7%, na 5 uszczupla się do 38,5%, a tylko 7,3% otrzymuje dyplom lekarski. Prócz niemożebności złożenia egzaminów, na tę wielką liczbę ubywających wpływała zmiana zapatrywania się na zawód lekarski, zmiana stosunków rodzinnych itd. śmiertelność wynosiła 3%, najwięcéj umarło z suchót i porodów.

Wdowy i wychodzące za mąż podczas nauk uczennice wychowane w szkołach średnich stanowią znaczny procent otrzymujących dyplom; panny, mężatki i wychowywane w domu rodzicielskim figurują poważną liczbą między temi, które nie są w stanie złożyć egzaminów końcowych.

Z tych które do téj pory otrzymały dyplom lekarski, o ile autorowi wiadomo, 20 lekarek zajęło stanowiska lekarzy gminnych, 10 pełni obowiązki asystentek przy rozmaitych katedrach (zapewne w szkole żeńskiéj *Sprawozd.*), inne z powodzeniem trudnią się praktyką prywatną.

Dr. A. Kwaśnicki.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Obliczono, że w przeciągu dnia jednego jedna osoba spotrzebowuje wody:

we Wrocławiu	56·00	litrów
w Berlinie	90·80	„
w Liverpolu	104·42	„
w Dublinie	119·50	„
w Tuluzie	118·04	„
w Paryżu	123·12	„
w Londynie	127·66	„
w Hamburgu	179·92	„
w Glasgowie	227·00	„
w Filadelfii	263·32	„
w Bostonie	340·50	„
w N. Yorku	454·33	„
w Chicago	540·26	„
w Washingtonie	703·70	„

(*Breslauer aerztl. Zeitschr.* 1880, Nr. 21).

Statystyka epidemij. Ospa w tygodniu 43 (do 23 października) nie wzmogła się w Londynie. Umarło 7, zapadło świeżo 12, leczyło się w szpitalach 77. W Wiedniu umarło 11, w Budapeszcie 10, w Paryżu 17, w Wenecyi 14, w Maladze 11, w Madrycie 22, w Rzymie 15. Dur brzuszny szerzy się w Warszawie. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 7, w Murcyi 3, w Madrycie 26. W Krakowie umarło w tygodniu 44: 1 z ospy, 10 z płonicy, 1 z dławca, 1 z krztuśca, 2 z czerwonki, a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy z Iszego obwodu, 3 z IIgo obwodu, 5 z IIIgo obwodu, 3 ze szpitala, 1 ze wsi; 1 krztuśca ze szpitala, 1 duru brzusznego z IIIgo obwodu, 2 duru osutkowego z III obwodu i ze wsi.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 43 (do 23 października) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: w Krakowie 26,1; we Lwowie 39,0; w Warszawie 23,8; w Poznaniu 29,4; w Wiedniu 21,2; w Budapeszcie 30,7; w Pradze 33,9; w Berlinie 26,4; w Wrocławiu 23,4; w Mnichowie 25,6; w Gdańsku 31,3; w Dreźnie 18,9; w Lipsku 17,6; w Bazylei 20,4; w Brukseli 24,5; w Amsterdamie 19,0; w Hadze 21,7; w Paryżu 22,7; w Londynie 21,3; w Kopenhadze 30,1; w Stokholmie 31,3; w Chrystyjanii 25,4; w Petersburgu 33,1; w Odessie 32,2; w Rzymie 32,7; w Wenecyi 25,9; w Bukareszcie 23,7; w Madrycie 34,2; w Barcelonie 24,1; w Nowym Yorku 24,7; w Filadelfii 16,7; w Bombayu 31,7; w Madrasie 33,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 listopada. Od Wydziału gospodarczego III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich otrzymaliśmy następujące doniesienie:

Wydział gospodarczy IIIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, odbyć się mającego w Krakowie w miesiącu wrześniu 1881 r., zastanawiał się na posiedzeniu dnia 6 bm. nad tém, czyby ze Zjazdem nie połączyć jak w roku 1869 wystawy przyrodniczo-lekarskiéj; uchwałę w tym względzie odroczono do późniejszego czasu, gdy wiadomy będzie termin zamierzonéj na rok przyszły wystawy rolniczo-przemysłowéj w Krakowie; postanowiono téż udać się z prośbą o poparcie Zjazdu do Towarzystwa lekarzy galicyjskich, do Towarzystwa aptekarskiego we Lwowie, do sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, do Towarzystw przyrodniczych krajowych, do Muzeum przemysłowego we Lwowie, wreszcie do czasopism styczność z zadaniami Zjazdu mających.

* Egzamin rządowy, uprawniający do ubiegania się o posadę w publicznéj służbie zdrowia, złożyli pod koniec m. października pp. Drowie Grünhaut z Sanoka i Kramarzyński z Brzeska.

* W Nrze 22 *Kroniki Lekarskiéj* (który datowany z d. 1 bm. spóźnił się znacznie, bo nas doszedł dziś dopiero) znajdujemy sprawozdanie z pracy Dra Rydygiera o przeciwgnilném wypiłowaniu stawów, umieszczonéj w Przeglądzie Lek. Nawoływania więc nasze uwieńczone zostały pomyślnym skutkiem.

* **Wiedeń.** Prezesem c. k. Towarzystwa lekarskiego wybrany został prof. Arlt, a redaktorem roczników Towarzystwa prof. Heschl.

* **Berlin.** Profesorowie nadzwyczajni pobierający rocznéj płacy *minus* 192 marek — w liczbie stósunkowo wielkiéj znachodzą się w kraju miliardów. Tak wyposażonymi są np. profesorowie dermatologii, laryngoskopii, otyjatryi, dyjagnostyki fizycznéj w Berlinie, a do niedawna nawet i profesor kliniki pedyjatrycznéj. Dla rozwiązania zagadki, u nas niepojętéj, dodajemy, że są to profesorowie bezpłatni a mimo to obowiązani opłacać rok rocznie 192 marek na fundusz wdów, bez względu na to, czy płacący jest żonatym, lub kawalerem. (*Berl. klin. Woch.*)

* **Mianowania i odznaczenia.** Lekarz sztabowy i nadworny Dr. Lányi mianowany został chirurgiem przybocznym N. Pana. — Prof. Langenbeck w Berlinie przy sposobności jubileuszu swego otrzymał austryjacki wielki krzyż orderu Franciszka Józefa i saski order Albrechta.

* **Nekrologija.** D. 15 bm. umarł w Januszowicach, posiadłości swéj w Chorwacyi, radca dworu baron Dumreicher, profesor chirurgii i dyrektor 1széj kliniki chirurg. we Wiedniu. Dumreicher urodził się w r. 1816 w Tryjeście, nauki gimnazyjalne i filozoficzne ukończył w Weronie, lekarskie zaś we Wiedniu, gdzie w r. 1837 otrzymał stopień doktora, niedługo potém został asystentem Wattmanna a w r. 1849 profesorem i dyrektorem 2giéj kliniki chirurg., a po śmierci Schuha objął klinikę 1szą, podczas gdy druga dostała się Billrothowi. Cierpiąc od dawna na wadę sercową z początkiem bieżącego półrocza usunął się od wykładów a zastępstwo po nim objął asystent jego Nicoladoni.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 46: Kosińskiego: Dwie nowe owaryjotomije i uwagi o téj operacyi w ogóle (dok.); Sznabla: Skuteczność *fruct. Myrobal. pulv.* w dysenteryi. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 19 i 20: Kadlera: Przypadek wścieklizny w 27 lat po ukąszeniu; Malcza: Stacyja zimowa w Arco w południowym Tyrolu.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Alb. ROSENTHAL: O rzadkim wypadku nowotworów wtórnych na podstawie czaszki. (Osobne odbicie z Pam. Lek.) in 8vo str. 23.

Dr. RYDYGIER: Ein Fall von Exstirpation des ganzen Uterus u. beider Ovarien nach Freund. (Osobne odbicie z Berl. klin. Woch. 1880, Nr. 45) in 8vo str. 8. (Rozprawa ta ogłoszoną była poprzednio po polsku w naszym tygodniku).

Piśmiennictwo lekarskie. ALBERT Ed. Lehrbuch der Chirurgie u. Operationslehre. Mit zahlreichen Holzschn. 2 Aufl. 1 Hft gr. 8. Wien, Urban et Schwarzenberg. M. 1.

Archiv f. Psychijatrie u. Nervenkrankheiten. Red. v. C. Westphal 11 Bd. 1 Hft. M. 4 Tfln. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 10.

ARNAUD J. F. Contribution à l'étude de la ligature dans le traitement des anévrismes. 8 Paris J. B. Baillière et fils. Fr. 2½.

BARDELEBEN A. Lehrbuch der Chirurgie u. Operationslehre. Mit zahlreichen Holzschn. 2 Bd. 8 Ausg. gr. 8. Berlin. G. Reimer. M. 11.

Berichte d. naturwissenschaftlich-medizinischen Vereines in Innsbruck. X. Jahrg. 1879. gr. 8. Innsbruck, Wagner. M. 2. 40.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	4 „	„ 6 „

Kraków, 27 listopada 1880. № 48. Rok XIX.

TREŚĆ: I. ADAMKIEWICZ: Czynności obustronne i sinapiskopia. (Dok.) — II. *Oceny i sprawozdania*: LESSER: O pomocy chirurgicznéj w przypadkach nagłych. ALTA: Histologija oka. — Jad wąglikowy i szerzenie się zarazy śledzionowéj. 3. BALLET. WOILLEZ. DRUMMOND. JANICKE. LEYDEN. CZERNY. — *Wiadomości pomniejsze*. — III. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Posiedzenie Sekcyi lwowskiéj. Tow. lek. gal. — Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie. — IV. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. - V. *Wiadomości bieżące*.

I. Czynności obustronne i sinapiskopija.

Wykład miany przez **Prof Dr. Adamkiewicza** na posiedzeniu Tow. lek. krak.

(Dokończenie Patrz Nr. 47).

S i n a p i s k o p i j a. Jasną jest moi Panowie rzeczą, że jeżeli w przypadku nieczulicy ma być mowa o przywróceniu czucia za pomocą jakichkolwiek środków, nieczulica musi być p o c h o d z e n i a o ś r o d k o w e g o. Gdyby bowiem była obwodową, tj. gdyby przyczynę swoją miała w przerwie jakiegoś nerwu dośrodkowego, nie możnaby się przecież spodziewać, żeby jakikolwiek środek, a zwłaszcza bodziec działający na znieczulony obszar skóry, mógł usunąć przeszkodę, tamującą przewodnictwo dośrodkowe.

Otóż znamy dwa rodzaje nieczulicy ośrodkowéj, mianowicie nieczulicę anatomiczną i tak zwaną drobinową, czyli jak to mówią psychiczną.

Anatomicznemi są nieczulice ośrodkowe wywołane krwotokiem do pewnych części mózgu.

W jednym takim przypadku, który miałem sposobność spostrzegać, badałem działanie gorczyczników. Dotyczył on 27 letniego mężczyzny, u którego w skutku napadu udarowego powstało zupełne porażenie ruchowe i czuciowe lewéj połowy ciała z częściowém nadwerężeniem ocznych gałązek nerwu twarzowego. W lewéj połowie ciała zniesione były wszelkie rodzaje czucia. Po przyłożeniu gorczycznika na lewéj, czy to górnéj, czy dolnéj odnodze, zaczynał chory po upływie pół do trzech ćwierci godziny żalić się sam od siebie na palenie w miejscu zastósowania gorczycznika. Badanie przedmiotowe wykazywało w tém miejscu regularnie powrót zdolności uczuwania ukłuć szpilką, nigdy jednak zmysłu ciepłoty. Po usunięciu gorczycznika nie gasła w miejscu zadrażnionem czułość na wrażenia bolesne, lecz rozszerzała się owszem od miejsca zadrażnionego na całą porażoną połowę ciała, tak że po upływie doby nie można było dostrzedz najmniejszego zboczenia czułości. To przywrócenie czułości nie było jednak trwałe. Ilekroć przywróciłem ją za pomocą gorczycznika, przemijała ona zawsze w ciągu 6 do 8 dni ustępując miejsca dawnéj nieczulicy. Zmiany prawidłowéj czułości zdrowéj połowy ciała nie spostrzegłem przy tych doświadczeniach nigdy. Chory umarł, a sekcyja wykazała w prawéj półkuli mózgu rozległe rozmiękczenie, biorące swój początek z ogniska udarowego w jądrze soczewkowatém *(nucleus lentis)*, które większą część powierzchni prawéj półkuli zajmowało, a między innemi także całą wewnętrzną osłonę jądra soczewkowatego, która jak wiadomo jest dalszym ciągiem odnogi mózgowéj *(pedunculus cerebri)*.

W przypadkach psychicznéj, lub jak ją także zowią hysterycznéj nieczulicy, bywał skutek gorczycznika bardzo rozmaity.

Zależał on od rodzaju téj nieczulicy i bywał w miarę tegoż bardzo zmienny.

Nieczulica hysteryczna występować zwykła w trojakiéj postaci, a mianowicie po 1sze w postaci połowiczego porażenia czucia, połączonego z niezupełnem porażeniem wszystkich przyrządów zmysłowych téj saméj połowy ciała; po 2gie w postaci takiego samego porażenia czucia i zmysłów obok niedowładu téj saméj połowy ciała, i po 3cie w postaci rozpierzchłych zboczeń czucia, które zazwyczaj wszelkiéj definicyi anatomicznéj urągają.

Rozpocznę od przykładu ostatniego rodzaju nieczulicy i działania gorczyczników w téj postaci.

U dziewczyny 26 letniéj pozosłała rzekomo po tyfusie zupełna bezczułość całéj lewéj połowy ciała i d o l n y c h c z ę ś c i obu odnóg prawych. Chora znała dokładnie swoje cierpienie od kilku już lat i popisywała się niém chętnie w obec znajomych i przyjaciół celem zwrócenia ich uwagi na siebie.

Badanie podmiotowe wykazało zupełną nieczułość wymienionych części nawet na najsilniejsze bodźce wszelkiego rodzaju, jak np. silne szarpanie, kłucie i gniecenie. Bodźce te nie zdołały obudzić choréj ze snu, podczas gdy mierne ukłucie szpilką czułych miejsc natychmiast sen przerywało. O symulacyi więc w tym przypadku mowy być nie mogło.

Po przyłożeniu gorczycznika do nieczułych miejsc skó-

ry odzyskiwały takowe regularnie w ciągu jednéj do dwóch godzin wrażliwość prawidłową, a chora odróżniała wtedy dokładnie nie tylko każden ucisk lub ukłucie, ale także zimno i ciepło. Czułość przywrócona trwała atoli tylko kilka dni, nie wiele przekraczała zadrażniony obszar skóry, utrzymywała się w nim tylko na jakiś czas, poczém znikała ustępując znów miejsca dawnéj nieczulicy. Po przyłożeniu większéj ilości gorczyczników odzyskiwały wysepkowate obszary skóry czułość na niejaki czas, ale wyspy te rozdzielały miejsca zupełnie nieczułe. Wszędzie, gdzie gorczycznik usunął nieczułość, okazywała skóra mocne zaczerwienienie a po ukłuciach igłą skłonność do krwawienia, któréj przedtém nie miała. Nasuwała się myśl, że przyczyną nieczulicy jest może niedokrewność skóry, wywołana kurczem żdziergaczy naczyń.

Tak jednak nie było, albowiem przekrwienia i nawały do skóry, które długie kąpiele u naszéj choréj z łatwością wywoływały, nie miały wpływu uzdrawiającego bezczułość. Wrażliwość skóry przywrócona przez gorczycznik trwała zresztą dłużéj, aniżeli nawał przez niego zrządzony, a długi czas po zupełném zblednięciu skóry utrzymywała się jeszcze czułość słabnąc zwolna coraz bardziéj.

Inaczéj zachowywały się zjawiska po zastósowaniu gorczyczników w zwyczajnych przypadkach histerycznéj połowiczéj nieczulicy.

Proste sprawozdanie wolę i tutaj zastąpić przytoczeniem odnośnych spostrzeżeń.

Młoda 22 letnia kobieta cierpiała nieczulicę lewéj połowy ciała z bólem w okolicy jajników, niedowidzeniem i przytępieniem słuchu po téj saméj stronie. Stan ten utrzymywał się od wielu miesięcy bez żadnych zmian. Ale już po zastósowaniu pierwszego gorczycznika na przedramieniu choréj strony wystąpiła zmiana. Po półtora do dwugodzinném działaniu miejsce skóry pokryte gorczycznikiem zaczerwieniło się i stało się wrażliwém na bodżce wszelkiego rodzaju. Badanie skóry w miejscu położoném na drugiéj zdrowéj stronie ciała, symetrycznie do miejsca zastósowania gorczycznika, wykazało zupełną utratę czułości.

Gdy po kilku dniach powrócił stan pierwotny, wywołało nowe i nieco mocniejsze zadziałanie gorczycznika z początku te same zjawiska. Późniéj jednak sprawdziłem, że czułość rozszerzyła się od miejsca zastósowania gorczycznika na całą chorą połowę ciała. Ustąpiło także niedowidzenie i przytępienie słuchu, podczas gdy nieczulica na zdrowéj połowie ciała nie przekroczyła obszaru pierwotnego, odpowiadającego mniéj więcéj wielkości gorczycznika, a po niejakim czasie znikła całkiem. Nieczulica choréj połowy ciała wyleczona przez gorczycznik nie powróciła również więcéj, a gdy chorą po upływie kilku miesięcy znów zobaczyłem, znalazłem ją zupełnie zdrową.

Pozostaje mi w końcu jeszcze wyjaśnić działanie gorczycznika w jednym przypadku hysterycznéj nieczulicy połowiczéj połączonéj z niedowładem połowiczym.

Taki przypadek widziałem u kobiety 30-letniéj cierpiącéj tak ciężkie przypady połowiczego niedowładu, że przedstawiała istny obraz połowiczego porażenia udarowego. Obecność znanego bólu jajnikowego, wybitnego niedowidzenia, przytępienia smaku, węchu i słuchu po stronie choréj ułatwiła rozpoznanie hysteryi. Na połowie ciała choréj była zupełna nieczułość na wszelkiego rodzaju bodźce. Obok tego był tak znaczny niedowład odnóg po téj saméj stronie, że chora leżąc w łóżku tylko z trudnością i drżeniem nogę zaledwie cokolwiek podnosiła, górną odnogę w łokciu tylko bardzo słabo, a palce zaledwie szponowato zgiąć zdołała.

Cała porażona połowa ciała była przy tém zimna jak lód. Ciepłota, mierzona kilkakrotnie na dłoni i w fałdach międzypalcowych za pomocą ciepłomierza, okazywała poniżéj 30° C., podczas gdy termometr przyłożony w tych samych miejscach zdrowéj strony 35° C. i więcéj wskazywał.

Skutek, który gorczycznik u téj choréj wywoływał, okazał się przy licznie przedsięwziętych doświadczeniach zawsze jeden i ten sam.

W pół do trzy ćwierci godziny po przyłożeniu gorczycznika na jakiekolwiek miejsce choréj strony zaczynała chora żalić się na uczucie pieczenia w miejscu drażnienia. Potém następowało właściwe czucie, które chora jako szczypanie, mrowienie lub rojenie opisywała, podobne do tego, jakie się czuje, gdy po zdrętwieniu jakiejś odnogi czucie zaczyna powracać. To rojenie miało zawsze pewien oznaczony kierunek i dążyło po stronie choréj ku dołowi, po zdrowéj zaś ku głowie.

Tak więc miała chora uczucie prądu kołującego w płaszczyźnie czoła. Chyżość tego prądu wzmagała się w miarę dłuższego stósowania gorczycznika. Równocześnie wzmagała się siła ruchowa i budziła się czułość w choréj połowie ciała, podczas gdy siła i czucie zdrowéj połowy słabły coraz bardziéj. Chora zaczynała się żalić na przykre uczucie, które jéj ustawiczne mrowienie kołujące w głowie sprawiało. Twarz przybierała wyraz trwogi, a oczy wejrzenie sztywne, jakby szklane i wytrzeszczały się nagle z wyrazem przerażenia. Głośny przeraźliwy krzyk wyrywał się z piersi choréj, która się z nadzwyczajnym wysiłkiem po łóżku rzucała wywijając przy tém na wszystkie strony rękami i nogami.

Jakby na skinienie ustępował ten napad szału natychmiast po usunięciu gorczycznika. Potém padała chora w znak na łóżko, oddychała ciężko, okazywała nadzwyczajne zmęczenie i apatyję, a na pytania odpowiadała zwolna i dopiero po niejakimś czasie.

Po takich napadach pokazywało się, że porażenie połowicze naszéj choréj zmieniało najzupełniéj swoje usadowienie, tak że wszelkie zboczenia przerzucały się ze strony choréj na stronę zdrową. Pod względem zaś przedmiotowego ocenienia całego tego zjawiska podnieść muszę jako nadzwyczaj ważną i szczególną okoliczność, że ciepłota, na którą dusza choréj wpływu nie miała, doznawała takiéj saméj zmiany. Albowiem po $1\frac{1}{2}$ do 2 godzinném działaniu gorczycznika obniżała się ciepłota zawsze o 5 stopni na połowie zdrowéj, a podnosiła się o tyleż na połowie pierwotnie choréj.

Porażenie połowicze, przeniesione w ten sposób za pomocą gorczycznika z jednéj połowy ciała na drugą, nie przerywało się nigdy dobrowolnie, natomiast pod wpływem gorczycznika z taką punktualnością, iż to zupełnie dowolnie i każdego czasu uczynić można było.

Sądziłem, iż jest rzeczą bardzo ważną zbadać, czy doświadczenia nabyte na chorych nie dadzą się zużytkować dla fizyjologii, czy zatém i w warunkach prawidłowych zachodzi podobny stosunek czułości pomiędzy okolicami skóry symetrycznie położonemi?

Badania w téj mierze przedsiębrałem wspólnie z Dr. Adlerem *(Ein Beitrag zur Lehre von den „bilateralen Functionen" im Anschluss an Erfahrungen der Metalloskopie. Inaug. Diss. Berlin 1879. Otto Enslin)*, mogę téż zdać z nich

sprawę têm zwięźléj, gdy mój współpracownik w swojéj rozprawie podał obszernie otrzymane wyniki.

Mierząc u człowieka zdrowego na dwóch symetrycznie położonych miejscach skóry, np. na grzbiecie obu rąk i przedramion, czułość na ból i zmysł dotykania, a mianowicie pierwszą za pomocą ukłuć szpilką, drugi zaś za pomocą tego czucia, które poczuciem miejscowości zowiemy, przekonać się można, że oba rodzaje czucia zaostrzają się w miejscu podrażnionêm przez gorczycznik, a przytępiają w miejscu niepodrażnionêm, na drugiéj połowie ciała symetrycznie położonêm.

Aby Panom dać miarę wpływu gorczycznika na zmysł dotykania, przytoczę przeciętne wypadki szeregu doświadczeń, uskutecznionych na osobach zdrowych.

U czterech osób zmniejszano dopóty odległość obu końców cyrkla, dopóki po przyłożeniu ich do skóry na grzbietowéj stronie obu ramion badany nie podawał stale, że tylko jedno kolnięcie uczuwa.

Oddalenie to okazało się wyrażone w centimetrach.

1) W warunkach prawidłowych:

	ramię	
	lewe	prawe
U osoby A	2·8	4·9
„ „ B	3·4	2·9
„ „ C	5·5	7·4
„ „ D	6·2	5·4

2) Po 1½ do 2 godzinnêm działaniu gorczycznika na lewe ramię:

U osoby A	1·7	5·7
„ „ B	2·6	3·7
„ „ C	4·9	8·7
„ „ D	4·3	6·8

Zmysł dotykania zaostrzył się więc w miejscu drażnienia:

U osoby	A	od	2·8	na	1·7	zatêm o	1·1
„ „	B	„	3·4	„	2·6	„ „	0·8
„ „	C	„	5·5	„	4·9	„ „	0·6
„ „	D	„	6·2	„	4·3	„ „	1·9

Przytępiał zaś w miejscu symetrycznie położonêm, niedrażnionêm.

U osoby	A	z	4·9	na	5·7	zatêm o	0·8
„ „	B	„	2·9	„	3·7	„ „	0·8
„ „	C	„	7·4	„	8·7	„ „	1·3
„ „	D	„	5·4	„	6·8	„ „	1·4

Zjawisko, że krótkotrwałe drażnienie jakiegoś miejsca skóry zaostrza jego poczucie miejscowości, a takowe przytępia na miejscu symetrycznie położonêm, zasługuje pod względem fizyjologicznym na szczególniejszą uwagę.

Jak wiadomo Weber uczynił delikatność czucia miejscowości zawisłą od tak zwanych okręgów czuciowych i uważał największą odległość dwóch wrażeń, które się w różnych okolicach zlewają w jedno czucie, za jednostkę czucia tych okolic, za okrąg czuciowy.

Taki okrąg czuciowy miał być według Webera anatomicznym wyrazem zakresu skóry, opatrzonego jednêm pierwotnêm włóknem nerwowêm. Tak więc zmienne uposażenie różnych zakresów skóry we włókna nerwowe tłumaczyć miało różną delikatność czucia miejscowości w rozmaitych okolicach ciała.

Spostrzeżenie Volkmanna, że delikatność tego czucia, a zatêm rozległość Weberowskich okręgów czuciowych, zmienia się skutkiem ćwiczenia, zdawało się przemawiać przeciw téj nauce Webera. To spostrzeżenie można atoli było pogodzić jeszcze z nauką Webera, gdy ją później o tyle zmienił, iż przyznał, że dwa równoczesne wrażenia nie mogą być jeszcze oddzielnie uczute, jeżeli dwa sąsiednie okręgi zostaną pobudzone, lecz dopiero wtedy, gdy między pobudzonemi okręgami znajduje się kilka takich, które wrażenia całkiem nie doznały. Przypuszczając tedy, że skutkiem ćwiczenia zmniejsza się ilość okręgów niepobudzonych, rozgraniczających pobudzone, można było doświadczenie Volkmanna pogodzić z nauką Webera.

Działanie gorczyczników powyżéj przytoczone dowodzi atoli, że wszelkie tłumaczenia anatomiczne czucia miejscowości nie dopisują. Krótkotrwałe bowiem i proste zadrażnienie skóry nie może ani ćwiczenia zastąpić, ani téż anatomicznego rozgałęzienia nerwów zmienić.

Doświadczenia z gorczycznikami uczą więc, że uczucie miejscowości jest czynnością czysto psychiczną, a z zadowoleniem powziąłem z własnych ust du Bois-Reymonda, że i on poczytuje anatomiczne tłumaczenie czucia miejscowości Webera za błędne i przedstawia je w swoich wykładach jako czynność czysto psychiczną.

Czy zmysł ciepłoty zachowuje się podobnie jak czucie miejscowości, badał Dr. Asch (*Über das Verhältniss des Tastsinnes zu den bilateralen Functionen. Inaug. Diss. Berlin 1879*) bardzo starannie za moją pobudką. Poszukiwania jego, których wyniki ogłosił w swojéj rozprawie doktorskiéj, wykazały, że po zastósowaniu gorczycznika na jakiémkolwiek miejscu ramienia zadrażniony zakres skóry staje się czulszym na różnicę ciepłoty, podczas gdy miejsce położone symetrycznie na drugiéj połowie ciała nie doznaje upośledzenia prawidłowego zmysłu ciepłoty. To odmienne zachowywanie się zmysłu ciepłoty na wpływ gorczyczników wskazuje, że zmysł ciepłoty i poczucie miejscowości są różnemi czynnościami skóry i nie dadzą się zaliczyć do jednéj i téj saméj gromady zmysłu dotykania.

Cały zresztą szereg doświadczeń patologicznych zniewala do tego samego przekonania. W przypadkach cierpień rdzenia pacierzowego napotykamy nie rzadko obok całkiem prawidłowéj wrażliwości na ukłucie i dotknięcie zupełny brak zmysłu ciepłoty i odwrotnie. Jest więc bardzo uprawnionêm przypuszczenie, że wrażenia wywarte przez różne stopnie ciepłoty dochodzą do świadomości za pośrednictwem osobnych i zupełnie innych nerwów, aniżeli wrażenia bólu i dotknięcia.

Pozostaje mi jeszcze wyjaśnić pod względem fizyjologicznym cały zbiór tych zjawisk, które nazwą czynności obustronnych oznaczam.

Zdaniem mojém nie podobna ich inaczéj tłumaczyć, tylko w ten sposób, że one wszystkie są wyrazem czynności obustronnie rozmieszczonych nerwów i zwojów. Te zwoje udzielają sobie nawzajem pobudzenie, a mianowicie zwoje czynności psychofizycznych w sposób dodatni, zwoje zaś czynności zmysłowych skóry w sposób ujemny.

Téj różnicy zwojów nie jestem w stanie wyjaśnić. Gdybym ją jednak uzmysłowić miał za pomocą porównania, przyrównałbym jednostronne pobudzenie w przypadkach spraw psychofizycznych do prądu wznieconego, a zwój przynależny do koła pierwotnego, a w takim razie odbywałaby się indukcyja zwoju drugiego przez prąd pierwszego na kształt koła wtórorzędnego.

W drugiéj kategoryi czynności zmniejsza się pobudliwość zwoju niezadrażnionego bezpośrednio skutkiem pobudzenia zwoju drugiego. Przyrząd zwojowy odgrywa tutaj

rolę podobną do magnesu, prąd elektryczny wywołującego, przy czém zwoje po stronie zadrażnionéj odpowiadają magnesowi wzniecającemu, zwoje zaś drugiéj strony wężownicy drugorzędnéj; trzebaby sobie tylko jeszcze wyobrazić, że bodziec działa jak ciało obniżające siłę magnesu.

Od czasu, jak pierwszą krótką wiadomość o działaniu gorczyczników podałem Towarzystwu fizyjologicznemu w Berlinie, liczni badacze przekonali się o prawdziwości faktów przezemnie przytoczonych i wzbogacili je mnogiemi i ciekawemi spostrzeżeniami.

Tylko co do sposobu tłumaczenia wpływu wprost przeciwnego, jaki gorczycznik wywiera na czucie bólu i na zmysł miejscowości nie ma dotąd zgody. Podczas gdy Heidenhain (*Über den sog. thierischen Magnetismus etc.*) tłumacząc ciekawe zjawiska hypnotyzmu, moje tłumaczenie przyjmuje, a zjawisko przeciwieństwa za sprawę nerwową uważa, poczytując przytępienie pobudliwości jednéj gromady zwojów za zniżenie, wywołane przez zwiększoną czynność drugiéj gromady, utrzymują inni, że to zjawisko jest odruchem naczynioruchowym a przytępienie pobudliwości skóry w miejscu symetryczném po drugiéj połowie ciała skutkiem niedokrewności wywołanéj odruchowo. Gdyby tak było, gorczycznik podnosićby musiał ciepłotę po stronie zadrażnionéj, a obniżać ją po drugiéj z powodu zmniejszonego napływu krwi i niedokrewności.

Bezpośrednie pomiary ciepłoty pouczyły mnie tymczasem, że jeżeli gorczycznik ma wpływ na ciepłotę obu połów ciała, wpływ ten jest wprost przeciwny temu, jakiby takiemu pojmowaniu rzeczy odpowiadał.

Przytaczam z protokółów moich doświadczalnych następujący przykład:

1) Przed drażnieniem:

czas	prawa ręka	lewa ręka
5 godz. 5 m.	34·2°	35·0°
5 „ 12 „	35·1°	35·4°
5 „ 20 „	34·9°	35·3°
5 „ 25 „	34·9°	35·4°

Przyłożenie gorczycznika na grzbiet przedramienia lewego.

czas	prawa ręka	lewa ręka
5 godz. 30 m.	35·1°	35·0°
5 „ 33 „	35·3°	34·5°
5 „ 35 „	35·4°	34·2°
5 „ 37 „	35·5°	34·0°
5 „ 40 „	35·7°	33·9°
5 „ 45 „	35·75°	33·8°
5 „ 50 „	35·8°	34·0°
5 „ 53 „	35·9°	34·0°
6 „ — „	35·9°	34·0°
6 „ 12 „	35·9°	34·0°

II. Oceny i sprawozdania.

L. v. Lesser: **Die chirurgischen Hilfsleistungen bei dringender Lebensgefahr** *(Lebensrettende Operationen)*. Lipsk u F. C. W. Vogla 1880. VIII. 195.

Książka ta, poświęcona Langenbeckowi i Ludwigowi, przeznaczoną jest nie tyle dla chirurga specyjalisty, ile dla młodych lekarzy udających się na praktykę, jak to sam autor namienia w przedmowie. Pojawiła się ona na czasie, bo téż potrzeba jéj dawała się czuć od dawna i sądzimy, że tak jak licznie uczęszczanemi były wykłady autora, tak niemniéj ujęte one w zeszyty znajdą szybko pokup między lekarzami.

Nie zbyteczną będzie na tém miejscu wzmianka, że dobrzeby się zasłużyło polskiéj literaturze lekarskiéj nasze stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich, gdyby wyjednało sobie u autora zezwolenie na przepolszczenie tego dziełka.

Całość podzielona jest na 12 wykładów i obejmuje rzecz o krwotokach, przeszkodach w przewodzie pokarmowym; następnie o nagromadzeniu się płynu w jamach opłucnowéj i brzusznéj; o życiu zagrażającym ucisku śródczaszkowym, a w końcu o pomocy w przypadkach zbiorowych, tj. dotyczących całych mas, jak np. w wojnie; słowem jest tu z dziedziny chirurgii wszystko to, co obchodzi każdego praktyka niespecyjalistę, a na chlubę autora przyznać musimy, że opracowanie przedmiotu jest mistrzowskie; obok zwięzłości znachodzimy styl łatwy i jasny, który umożebnił autorowi w krótkich słowach pomieścić nieraz wyniki rozległych prac znakomitych autorów, tak że nie tylko dowiaduje się czytelnik, kiedy i jak ma postąpić, lecz znajduje tu także dostateczne naukowe uzasadnienie.

Nawet i specyjalista z przyjemnością przeczyta tę książkę, bo spotka się tu ze zdaniami luźnie w rozprawach czytanemi, zestawionemi w zaokrągloną całość, a nadto posłużyć ona może nie jednemu za wzór, jak urządzone być winny dobre wykłady uniwersyteckie. Najlepiéj ze wszystkich wypadł wykład o krwotokach i ich leczeniu, bo téż to ulubiony temat autora, który na tém polu przysporzył literaturze lekarskiéj kilka prac oryginalnych znacznéj doniosłości. *A. O.*

Alt. A. Compendium der normalen und pathologischen Histologie des Auges. Wiesbaden, 1880. Ocenił Dr. E. Machek.

W ostatnich latach wydali O. Becker jedno, a Hermann Pagenstecher wspólnie z Genthem drugie wielkie ilustrowane dzieło, z których każde mieści w sobie bardzo dokładne rysunki preparatów z histologii patologicznéj oka. Wydania są ozdobne, tém samém drogie, a więc ogółowi lekarzy nieprzystępne. Dzieła o histologii oka, co do ceny przystępnego a przytém systematycznego i wyczerpującego szczególnie co do części patologicznéj, dotąd literatura niemiecka nie posiadała. Brak ten chciał zapełnić autor, były asystent Knappa w Nowym Yorku, a obecnie okulista praktykujący w Toronto w stolicy Kanady.

Podręcznik, który wyszedł pod redakcyją Pagenstechera w Wiesbadenie, zaopatrzony w 95 nieźle wykończonych, oryginalnych rycin, zaleca się zwięzłém i jasném przedstawieniem rzeczy. Prawidłowa część histologii jest za nadto zwięźle, może trochę pobieżnie traktowana; niewątpliwie w dziele Todta więcéj szczegółów znaleźliśmy. Za to jednak w części, która omawia patologiczną histologiję, nie pominął autor nic co ze względu czysto naukowego albo praktycznego na uwagę zasługuje a przytém pomieścił w niewielkiém tém dziełku wiele oryginalnych poglądów i ciekawych uwag. Nie chcąc przekroczyć granic sprawozdania podamy w krótkiém streszczeniu rzeczy dotyczące niektórych kwestyj histologicznych, które, jako dotąd niewyjaśnione autor rozwiązać usiłuje, albo takie, w których autor staje na gruncie własnych spostrzeżeń wybitnie po jednéj stronie, a wreszcie wspomnimy także o tych

spostrzeżeniach i o tych ustępach książki, w których w ogóle coś nowego znaleźliśmy.

1. Waldeyer i Recklingshausen zwrócili uwagę na przestwory i przewody w rogówce, które się znajdują pomiędzy warstwami i wiązkami tkaniny rogówkowéj. W tych przestworach i przewodach znajduje się według jednych pierwoszcze (Kühne), według drugich (a do tych się także autor zalicza) tylko ciecze odżywiające tkaninę. Bowmann za pomocą injekcyj odkrył nowe przewody, które nazwał „Corneal tebes.“ Otóż Alt twierdzi, iż tychże w rogówce człowieka nie ma, a daléj, że oprócz przestworów i przewodów pomiędzy warstwami i wiązkami tkaniny rogówkowéj można także za pomocą wstrzykiwań uwidocznić, a względnie rozszerzyć, przewody, które się znajdują pomiędzy włóknami rogówki. Pozostają one w związku z przewodami międzywarstwowemi i międzywiązkowemi, a te znowu z kanałami nerwowemi, co autor za pomocą wstrzykiwań udowodnił.

2. Alt znachodzi, że włókna najbardziéj ku przodowi położonéj warstwy rogówki są tylko dalszym ciągiem włókien spojówkowych, tak że słusznie należy odróżniać spojówkową część rogówki, co starsi okuliści dotąd czynią. Tak Alta skłania do tego oprócz wyglądania téj warstwy pod mikroskopem, które przypomina, na niektórych przynajmniéj przecięciach, błonę Descemeta, także przebieg kliniczny chorób spojówkowo-rogówkowych. Zresztą i Waldeyer i Recklingshausen odróżniają część spojówkową, twardówkową i naczyniówkową rogówki; w każdéj z tych części mają przewody dla cieczy odżywczéj inną grubość.

3. Leber podaje, że przodkowe naczynia rzęskowe kończą się w rogówce, tworząc t. zw. pętle przybrzeżne. Podobne zakończenie naczyń limfatycznych wykazał Teichmann w spojówce rogówkowéj, które nazwał *limbus conjunctivae*. Alt znachodzi, iz z wierzchołków arkad naczyń rogówkowych wchodzą w miąższ rogówki jeszcze krótkie naczynia. Mają to być pozostałości naczyń, jakie znachodzimy u płodu.

4. Na szczególną uwagę zasługuje prążkowate zapalenie rogówki, występujące po urazach. Często po operacyjach, przy których w obwodzie rogówki zadaje się ranę, jak przy irydektomii lub operacyi obwodowéj linijowéj Graefego, występuje zaćmienie jednostajne rogówki, czyli t. zw. urazowe zapalenie téjże. Dość często atoli spostrzedz można, oprócz wspomnianego jednostajnego zaćmienia, także prążki podłużne równolegle, przebiegające w kierunku prostopadłym na rankę. Chcąc powyższy objaw wyjaśnić robił Alt nastrzykiwania miąższowe części rogówkowo-twardówkowéj, tak u człowieka jak i u zwierząt, i przyszedł do przekonania, że prążki wspomniane są naciekłe przewody nerwowe.

5. Mikrokoki znachodzi, autor w rogówce, nie mógł atoli stwierdzić albo przekonać się, że w sprawach zapalnych, w przypadkach ropni i wrzodów rogówkowych mikrokokom szczególniejsze należałoby przypisać znaczenie.

(Dok. n.)

Jad wąglikowy i szerzenie się zarazy śledzionowéj. Pogląd na najnowsze poszukiwania.

3.

Dzięki badaniom Kocha historyję rozwoju prątka wąglikowego (*Bacillus anthracis*), swoistego a niewątpliwego jadu zarazy śledzionowéj, najlepiéj znamy ze wszystkich grzybków rozszczepnikowych.

Łatwo go więc można porównywać.

Po kilkagodzinném gotowaniu nalewu siana jedna tylko z zawartych w nim postaci grzybkowych pozostaje przy życiu. Są to prątki sienne (*Heubacterien*), nadzwyczaj podobne do prątków wąglikowych, tak pod względem postaciowym — zwłaszcza co do tworzenia się zarodników (*Sporen*) — jak i pod względem chemicznego zachowania się. Mimo pewnych drobnych różnic dwie te odmiany prątków odznaczają się dwiema wspólnemi cechami: chciwém pochłanianiem tlenu i wydzielaniem fermentu rozkładającego białko, przyczém podczas rozkładu tworzy się amonijak. W przypuszczeniu, że prątki sienne są grzybkiem, z którego w przypadkach niewątpliwych swojskiéj (*autochthon*) zarazy śledzionowéj powstaje jad wąglikowy, Buchner postanowił zbadać własności bakteryj wąglikowych oraz stopień ich zaraźliwości, w celu przekonania się, czy przez hodowanie grzybków wąglikowych w sztucznie przyrządzonych rozczynach pożywnych nie dadzą się one zamienić w bakteryje sienne.

B. przekonawszy się o niedostatkach tak zwanéj „czystéj hodowli“ (*Reinkultur*) i hodowli przerywanéj (*fractionirte Kultur*), używanych przez Pasteura i Klebsa, wymyślił nowy sposób: „czystéj kultury przez odosobnienie.“

Najwięcéj specyficznych prątków wąglikowych znajdujemy w śledzionie zwierząt zmarłych na zarazę śledzionową, przyczém inne grzybki rozszczepnikowe, w śledzionie napotykane, w bardzo małéj pojawiają się ilości. Buchner więc rozcieńczył roztartą miazgę śledzionową za pomocą wody wolnéj od wszelkich grzybków w taki sposób, aby na 10 cm. sześć. cieczy przypadał jeden tylko grzybek. Taką cieczą zakażał on rozczyn pożywczy (*Nährlösung*) bezgrzybkowy; jedynym więc grzybkiem zakażającym był grzybek wąglikowy. Prątki wąglikowe rozrastały się w cechujący sposób, tworząc bardzo delikatny męt czy obłoczek, zalegający na dnie naczynia. Ciecz zaś nad tym obłoczkiem była całkiem czystą i przeźroczą, co dowodziło, iż ciecz pożywcza nie była zanieczyszczoną innemi grzybkami.

Z tym grzybkiem wąglikowym B. wykonał szereg hodowli przekształcających (*Umzüchtung*), zawsze w świeżych rozczynach pożywczych, w atmosferze bezgrzybkowéj.

Za pożywkę służył czysty wyciąg mięsny, lub téż zaprawiony peptonem i cukrem. Wyciąg ten ogrzewano od 35° do 37° C.

Wyniki przekształcających hodowli prątków wąglikowych dają się streścić w następujący sposób:

1) Bakteryje wąglikowe tak hodowane zmieniały swoje własności i zdolność zakażania. Pierwsze cztery hodowle zaszczepione, w najdrobniejszéj nawet ilości, wywoływały nawet wąglik u myszy białych, jak wiadomo nader czułych na przyrzut zarazy śledzionowéj. Do zakażenia zwierząt za pomocą 5—6—7, nawet 18 lub 36éj hodowli przekształcającéj należało wstrzykiwać coraz większe ilości grzybków, z czego jasno wynika, iż coraz dalsze hodowle posiadać muszą coraz słabszą siłę zakażającą. Przypadek wąglika wywołany 36tą hodowlą był wątpliwéj natury, co znaczy, iż ta hodowla nie miała już dostatecznéj siły zakażającéj. Według B. przyczyną wywołującą swoistą sprawę chorobową w ustroju zwierzęcym są bakteryje wąglikowe, nie zaś jakiś pierwiastek z chorego ustroju pochodzący, który się czepia swoistych grzybków. Obliczenia bowiem okazują, iż w siódméj skutecznéj kulturze ilość takiego pierwiastka chorobowego mogłaby wynosić dziesięciokwadrylionową część miligrama, gdyby śledziona myszy wąglikowéj z samego tylko składała się jadu chorobowego, albo téż ilość

tego pierwiastku przeniesiona w 7mą kulturę mogłaby wynosić stotrylionową część miligrama, gdyby grzybki składały się w 9/10 części z samego pierwiastku chorobowego. Nie podobna przypuścić, iżby tak minimalne ilości pierwiastku niezdolnego do rozmnażania się mogły wystarczać do sprowadzenia chemicznych przemian.

2) Najdrobniejsze natomiast ilości grzybków wprost zaczerpniętych z organów zwierząt zakażonych, 7mą, 18tą a nawet 36tą kulturą, posiadały zdolność zakażenia wąglikiem zwierząt zaszczepionych. Grzybki przeto wąglikowe, które utraciły własność zakażenia przez hodowanie w sztucznych rozczynach pożywczych, odzyskiwały tę władzę w skutek przebywania w ustroju. Postać obojętna zamieniła się w zwierzęciu na postać zakaźną (*pathogen*).

3) W skutek dalszych kultur (po 36téj) prątki wąglikowe wyradzały się, traciły cechującą postać i zdolność chemicznego działania i coraz więcéj zbliżały się do grzybków siennych. W 1500tnéj kulturze przekształcającéj bakteryj wąglikowych nie można było odróżnić od prątków siennych, otrzymanych z nalewu siana. Rozrastały się one w suche pomarszczone błonki, rozmnażały się z łatwością w nalewie siana, gdy tymczasem bakteryje wąglikowe ginęły w takim nalewie z powodu kwaśnego tegoż oddziaływania.

4) Prątki sienne wstrzyknięte zwierzęciu nie sprowadzały zarazy śledzionowéj. Bakteryje te w ciele zwierzęcém nie rozmnażały się pomimo obfitego pożywienia, z czego wynika, iż tkaniny zwierzęce muszą wywierać szkodliwy wpływ na rozwój prątków siennych. Ciekawy ten fakt objaśnić można za pomocą teoryi robienia Nägelego, według któréj każda komórka żyjąca obdarzona jest właściwém drganiem, działającém na pewną odległość. Dla przekonania się, czy bakteryje sienne można zamienić w prątki wąglikowe przez odpowiednie sztuczne hodowanie, Buchner hodował prątki sienne na wyciągu mięsnym i na świeżéj krwi z królika wytoczonéj. Ponieważ krwi nie można przez ogrzanie uczynić bezgrzybkową (*pilzfrei*), przeto przypuszczać należało, iż krew ta zawiera grzybki gnilne. Przez pierwsze dwanaście godzin po zasianiu krew całkiem się prawie nie zmieniła; dopiero po upływie 15 godzin pojawiło się karmazynowe zabarwienie w skutek rozpuszczenia się ciałek krwi. W ciągu pierwszych 24 godzin ciecz nie posiadała woni zgniłéj; wywiązywał się tylko czysty amonijak. Dopiero po upływie dwóch lub trzech dni grzybki gnicia rozpoczynały swą czynność. To nam okazuje, iż krew nawet zewnątrz ustroju przeszkadza rozmnażaniu się grzybków gnilnych, sprzyja zaś rozwijaniu się bakteryj siennych, żywo bujających w téj cieczy.

5) Nie tylko rozmaite osobniki lecz także różne organy przedstawiają odmienną oporność dla rozrastania się grzybków, co popiera dawniejszą teoryję Buchnera o powstawaniu chorób swoistych, o usposobieniu do nich i nabytéj ochronie od tych chorób, teoryję wyłożoną w dziełku tego autora: *Die Nägeli'sche Theorie der Infectionskrankheiten in ihren Beziehungen zur medizinischen Erfahrung 1877*.

6) Bakteryje sienne hodowane na krwi zmieniają swą postać, tworzą śluzowate błonki, które z trudnością rozmnażają się w nalewie siana. W tym okresie rozwoju najbardziéj zbliżają się one do formy przechodowéj, otrzymanéj z 90téj generacyi bakteryj wąglikowych. Czternasta hodowla przekształcająca bakteryje sienne na krwi nie zakaża ciała zwierzęcego. Zarodniki jednak tego stopnia rozwoju prątków siennych, hodowane daléj na wyciągu mięsnym po zastrzyknięciu wywoływały już u zwierząt zarazę śledzionową, z czego wyciągnąć można ten wniosek, że grzybki sienne do przemiany w ustroju zwierzęcym na grzybki wąglikowe potrzebują pewnego czasu.

Tym sposobem Buchner niewątpliwie wykazał genetyczny związek istniejący między bakteryjami wąglikowemi a siennemi oraz doświadczalnie udowodnił możebność przechodzenia prątków wąglikowych w bakteryje sienne i odwrotnie prątków siennych w bakteryje wąglikowe Przypadki jednak zarazy śledzionowéj wywołanéj przez bakteryje wąglikowe wyhodowane z bakteryj siennych różniły się pod pewnym względem od przypadków powstałych z przyrzutu. Zwierzęta bowiem zaszczepione przyrzutem umierały w 24, a najdaléj w 48 godzin, gdy tymczasem po zaszczepieniu grzybków siennych hodowanych na krwi upływało 4 a nawet 5 dni, zanim śmierć nastąpiła.

Znakomite badania Buchnera, mimo ogromnego ich znaczenia dla teoryi rozwoju najniższych organizmów, nie objaśniają nam jeszcze sposobu powstawania zarazy śledzionowéj, gdyż grzybki sienne nie zawsze, jak to widzieliśmy, wywołują zarazę wąglikową. Nastąpi to może wtedy, gdy poznamy odrębne własności grzybków siennych pochodzących z okolic, w których endemicznie panuje wzmiankowana zaraza. *Lutostański.*

G. Ballet: **Nowe dowody stwierdzające umiejscowienie, ośrodka mowy ludzkiéj w lewéj półkuli.**

Od kilku już miesięcy pożegnał Broca świat i naukę a przecież żyje i z za grobu kieruje pracą swych zastępców, którzy odziedziczywszy po nim wielkie skarby wiedzy przyjęli niejako w spadku zobowiązanie dalszego postępowania tą drogą, którą szedł zgasły mistrz, drogą doświadczalną. W Salpêtrière pod kierunkiem Charcota odbywają się doświadczenia, dosadnie stwierdzające, że ośrodek mowy ludzkiéj, w najrozleglejszém znaczeniu tego wyrazu, mieści się w lewéj półkuli; klinicznie twierdzenie to było i dawniéj poniekąd pewnikiem doświadczalnie jednak, *in vivo*, dopiero po raz pierwszy stwierdzono wynalazek Broki, i z tego już względu należy o tych badaniach, podanych w Nrze 37 *Progrès Médical* przez Balleta, zdać sprawę czytelnikom „Przeglądu".

Doświadczenia, o których mowa, należą niezaprzeczenie do najwięcéj dodatnich, jakie odniósł Charcot i francuska szkoła newropatologów z kilkoletnich badań nad snem wywołanym (hipnotyzmem) u histeryczek; a chociaż wyniki tych badań nie prowadzą do wniosku, że ośrodek mowy znachodzi się w tylnéj trzeciéj części trzeciego zwoju czołowego półkuli lewéj, to jednak, jak to poniżéj się okaże, dowodzą one niezbicie, że ośrodek ten znajduje się w lewéj a nie w prawéj półkuli.

Pomiędzy licznemi objawami, które można wywołać u histeryczek wpatrywaniem się, wielkim i nieoczekiwanym hałasem, rażącém światłem itd., dwa posiadają cechy odrębne i wybitne, z których pierwszy Charcot nazwał somnambulizmem (letargiem) histeryczek, a drugi stanem kataleptycznym; jeśli choréj, ulegającéj tym zboczeniom w układzie mózgowo-nerwowym, których całość cechuje histeryję z napa-

dem, każemy wpatrywać się w jeden punkt umiejscowiony przed jéj oczami, to spostrzeżemy po chwili, że osoba ta pochyli głowę na bok, przymknie powieki, wdech stanie się krótkim i świszczącym, a głośne ruchy połykowe oznajmią, że badana znajduje się już w stanie letargicznym. Główne cechy tego stanu są następujące: 1) mięśnie, w przeciwieństwie do stanu kataleptycznego, znajdują się w rozluźnieniu; pobudzając jednak mięsień, gniotąc lub pocierając takowy przez skórę, z łatwością wywołamy jego skurcz, co świadczy o zwiększonéj pobudliwości mięśni, a dodajmy i nerwów, w stanie letargu; 2) osoba będąca w letargu zachowuje zdolność mówienia: odpowiada na zapytania, liczy, rachuje, deklamuje, śpiewa, pisze i rysuje, gdy się jéj da narzędzia po temu, i kiedy od niéj żądamy, ażeby liczyła, śpiewała, rysowała itd.; ruchami wyraża ona rozmaite stany ducha, grozi ręką i uśmiecha się, posyła całusy, słowem władza mowy w jéj rozlicznych postaciach całkowicie jest utrzymaną.

Ażeby znajdującą się w letargu histeryczkę wprowadzić w stan drugi, t. j. kataleptyczny, należy jéj rozewrzeć powieki i nagle przed oczy postawić jarzące światło. Objawy cechujące stan kataleptyczny różnią się od objawów stanu letargicznego, są one następujące: 1) pobudliwość nadmierna mięśni znika, członki pozostają w raz nadaném im ułożeniu, 2) wszystkie sposoby wyrażania myśli nie istnieją: histeryczka w stanie kataleptycznym nie mówi, nie odpowiada, nie potrafi pisać, rysować, giestykulować.

Zatém między stanem letargicznym a kataleptycznym zachodzą wielkie różnice, a nas w téj chwili najwięcéj obchodzi to przeciwieństwo, że w stanie pierwszym histeryczka zachowuje władzę mowy, w stanie zaś kataleptycznym utraca ona wszelką siłę wyrażania swych myśli.

Już dawniejsze poszukiwania na tém polu wykazały, że stany letargiczny i kataleptyczny można wywołać jednocześnie u téj saméj osoby, innemi słowy, można wprawić jednę półkulę w stan letargiczny, a drugą w kataleptyczny; w tym celu należy uśpić chorą zwykłemi środkami, a następnie otworzyć powieki tylko jednego oka, pozostawiając drugie przysłonięte; półkula odpowiadająca oku zamkniętemu znajdzie się w stanie letargicznym, druga zaś, odpowiadająca oku otwartemu, będzie w stanie kataleptycznym; jedna więc połowa ciała da objawy cechujące stan letargiczny, druga zaś stan kataleptyczny; naturalnie nie trzeba spuszczać z uwagi, że w skutek skrzyżowania się włókien nerwu wzrokowego półkula prawa odpowiada oku lewemu i odwrotnie.

Prof. Lépine (z Lugdunu) był pierwszy, któremu przyszła myśl czynienia doświadczeń, do opisania których wreszcie przystępuję: mamy przed sobą histeryczkę uśpioną zwykłym sposobem i przedstawiającą wszystkie objawy letargu; wezwana do mówienia, pisania lub giestykulowania, chora wszystkiemu czyni zadość; następnie otwieramy oko lewe w celu wywołania stanu kataleptycznego w prawéj półkuli; w objawach cechujących ten letarg kataleptyczny stan prawéj półkuli nie wywołuje żadnych zmian: chora mówi, pisze, rysuje, giestykuluje — jeśli od niéj tego żądamy. Odmieńmy następnie porządek powyższego doświadczenia, zamknijmy oko lewe, odpowiadające półkuli prawéj, któréj w ten sposób przywrócimy stan letargu, a otwórzmy oko prawe i wprawmy przez to półkulę lewą w stan kataleptyczny, natychmiast wszelki duchowy stosunek badanéj z światem otaczającym ustaje, zapytania zostają bez odpowiedzi, włożone do ręki pióro nie porusza się; żaden giest, żadna gra rysów twarzy nie zdradza świadomości tych okoliczności, w których chora się znajduje. A jednak przed chwilą, kiedy prawa półkula pogrążoną była w stan kataleptyczny, badana osoba odpowiadała, pisała, rysowała itd.; wprawienie lewéj półkuli w tenże sam stan kataleptyczny zniosło wszystkie te objawy duchowe.

Powyższe doświadczenie da się wykonać i w sposób nieco odmienny: każemy liczyć histeryczce pozostającéj w stanie letargu, a następnie otwieramy powieki oka lewego badana nie zatrzymuje się w automatyczném liczeniu; jeśli zaś otworzymy powieki oka prawego, odpowiadającego półkuli lewéj, chora przestaje liczyć, i ponownie rozpoczyna, jeśli zawrzemy powieki oka prawego; doświadczenie to urozmaicić można każąc uśpionéj histeryczce deklamować, jeśli umie na pamięć wiersze, i następnie rozwierając i zamykając powieki w sposób powyżéj opisany.

Wniosek ztąd nasuwa się sam przez się: doświadczenia opisane przekonywają, że ośrodek mowy ludzkiéj, w obszerném znaczeniu tego wyrazu, ma swą siedzibę w lewéj półkuli; wszelkie podejrzenia, że histeryczki mogłyby umyślnie w błąd wprowadzić badającego, winny być usunięte, gdyż czyniono doświadczenia na wielu osobach, które nigdy nie wiedziały o celu doświadczeń, a wyniki były jednakie.

Do tych badań w Salpêtrière bardzo zbliżone są poszukiwania i ich wyniki, które ostatniemi czasy poczynił Heidenhain w Berlinie i Berger w Wrocławiu.

Dr. A. Kwaśnicki.

Dr. Woillez: O używaniu kąpieli zimnych w gośćcu mózgowym.

Przez nazwę „gościec mózgowy“ (*rheumatisme cérébral*) rozumieją Francuzi nieprawidłowy przebieg gośćca stawowego ostrego o tyle, że się pojawia bardzo wielkie podwyższenie ciepłoty wraz z majaczeniem i równocześnie znika obrzmienie stawów. Dr. Woillez odczytał na posiedzeniu Akademii lekarskiéj d. 12 października rb. swoje spostrzeżenia pod tym względem.

Obrzmienie stawów zmniejsza się widocznie albo znika z chwilą pojawienia się majaczenia, a wraca natychmiast, jak tylko majaczenie ustępuje.

Podwyższenie ciepłoty powyżéj 40° jest znakiem najgroźniejszym dla chorego w przebiegu téj choroby, a dojście ciepłoty do 41° jest według Willsona Foxa zapowiedzią śmierci. Lekarz ten w 1871 r. zalecał w Anglii używanie zimna.

We Francyi Dr. Maurycy Raynaud pierwszy w r. 1874 użył zimnych kąpieli w takim przypadku z pomyślnym skutkiem.

Zanurzanie w zimnéj wodzie przy cierpieniu tak przerażająco szybko przebiegającém, że może zabić w kilku godzinach, ma tę wyższość nad każdym innym sposobem leczenia, że działa nader szybko i skutecznie.

Dr. Ducastel ogłosił w 1875 r. opis 33 przypadków téj choroby; z nich 19 było leczonych zwyczajnemi środkami i wszystkie skończyły się śmiercią, podczas gdy z 14 leczonych zimnemi kąpielami w 10 nastało wyzdrowienie, a tylko 4 niepomyślnie się zakończyły.

Dr. Woillez stawia następujące wskazania:

1) Kąpiele zimne zalecać należy z wszelką pewnością siebie, jeżeli do majaczenia dołączy się zmniejszenie lub zniknięcie obrzmienia stawowego, a nadto *hyperthermia* do

40 stopni i powyżéj. Można twierdzić, że kąpiele zimne są w stanie zawsze sprowadzić wyleczenie w każdym okresie gośćca mózgowego, czyby to było majaczenie, śpiączka albo nawet już zagrażała śmierć.

Jako dowód działania zbawiennego nawet *in extremis* posłuży przypadek ogłoszony przez prof. Potaina we *France médicale.*

Jestto obserwacyja tycząca się młodego astronoma, dotkniętego gośćcem stawowym ostrym bardzo ciężkim, powikłanym bardzo rychło z przypadami mózgowemi tak gwałtownemi, iż zdawało się, że śmierć w kilku godzinach nastanie; rogówki były już zamglone i bez połysku. Używano zimnych kąpieli kilkakrotnie w miarę jak majaczenie, uspokojone po ich użyciu, wracało jak również skoro ciepłota przekraczała 39·5. Wyzdrowienie nastało; lecz utrata tkanki rogówki na jednêm oku wskazywała, jakiego chory uszedł niebezpieczeństwa.

2) Prócz tego należy używać zimnych kąpieli w gośćcu mózgowym, jeżeli przy majaczeniu nie ma zmniejszenia się objawów stawowych, lecz jeżeli *hyperthermia* się pokazuje.

3) Zamiast zimnych kąpieli użyć należy środków odciągających, jeżeli jest majaczenie pojedyńcze, objawy stawowe odpowiednio przebiegają a nie ma hypertermii.

Oziębienie wykonywano rozmaitemi sposobami: okładami lodowemi, obmywaniami zimnemi często powtarzanemi, polewaniami, zawijaniem w mokre płótno, zanurzeniami i kąpielami. Woillez zaleca najwięcéj kąpiele 20 stopniowe, co trzy godziny aż do zniknięcia majaczenia a zarazem do powrotu obrzmienia stawów; radzi zaprzestać kąpieli za każdym razem, jak tylko chory poczuje dreszcze i zazwyczaj uspokojenie przypadów mózgowych bywa z początku krótko trwające, a późniéj przedłuża się coraz więcéj w miarę następnych zanurzań. Sen pokrzepiający nastaje po wzruszeniu, a skutek leczenia objawia się nie tylko przez obniżenie hypertermii, lecz nadto przez powrócenie objawów gośćcowych w stawach. *(Journal de thérapeutique* 1880. 20). *P......i.*

Dr. Drummond: **O używaniu kory „casca“** (*cortex erythrophloei*) **w chorobach sercowych zamiast naparstnicy.**

D. doświadczał skuteczności wyciągu wyskokowego kory „casca“ w przypadkach wad sercowych. Działanie tego środka okazało się zupełnie analogiczne z naparstnicą: spotęgowanie ciśnienia tętniczego, uregulowanie akcyi sercowéj, zmniejszenie częstości tętna, pomnożenie ilości moczu, było następstwem użycia tego leku. Wprawdzie wedle spostrzeżeń autora, wyciąg „casca,“ ma działać nieco słabiéj od naparstnicy, lecz ma tę zaletę, że dawki nie ulegają kumulacyi. Zresztą tylko dalsze doświadczenia mogą wykazać, czyby przypadkiem pewne formy lub odmiany chorób sercowych nie nadawały się więcéj do leczenia korą „casca“ niż naparstnicą. W każdym razie byłby środek ten cennym dodatkiem do szczupłego szeregu leków w przypadkach chorób sercowych. Dawka wynosi od 0,35—0,70 wyciągu wyskokowego kory (1—10). (Autor nie podaje bliższych cech botanicznych rośliny dotyczącéj). (*The Lancet* II 20 1880).

Dr. Poniklo.

Dr. Jänicke: **Nowe doświadczenia z resorcynem.**

Doświadczenia, robione z resorcynem w klinice prof. Biermera w Wrocławiu na 11 chorych na dur a czterech na zapalenie płuc, wydały, według sprawozdania w *Breslauer ärztl. Zeitschr. Nr. 20* następujący rezultat: Resorcyn, podany w dawkach 0,50 z początku co pół godziny, następnie co godzina aż do wysokości razem 4,00, zniżał ciepłotę o 1—1,5° na dwie do trzech godzin; przy użyciu większych dawek, a mianowicie co godzina po 1,00 później w pierwszéj dawce 2,00 w następnych po 1,00, tak aby chory razem wyżył 5 grm. postrzeżono dwojaki skutek: w jednych przypadkach bardzo mierne zniżenie ciepłoty, w innych znaczne bo aż poniżéj stanu prawidłowego, w pierwszym razie obniżenie utrzymało się przez 2—3 godzin, w drugim, w chwili gdy ciepłota opadła do stanu prawidłowego lub poniżéj, występował zapad, chory począł ziębnąć i siniеć, tętno stawało się małém i miękkiém, a po dreszczu trwającém ½—1½ godziny ciepłota podnosiła się wyżéj od stanu pierwotnego. Mocz przybierał już po 2 godzinach zabarwienie czarno-brunatne podobnie jak przy zatruciu karbolowém, był dosyć gęstym i nawet w znacznêm rozcieńczeniu odpowiadał z rozczynem półtora chlorku żelazowego próbie na fenol. A ponieważ resorcyn jest istotą chemicznie bardzo zbliżoną do fenolu, doświadczenia zaś Küstera wykazały u psów po użyciu wysokich dawek fenolu najprzód obniżenie ciepłoty a następnie dopiero podwyższenie, upatruje J. w działaniu resorcynu podobieństwo do działania fenolu i radzi zachować ostrożność przy użyciu większych dawek. Użyty w 2 przypadkach gośćca stawowego resorcyn obniżał wprawdzie ciepłotę, ale na obrzęk i ból w stawach nie miał żadnego wpływu; w 2 przypadkach zimnicy trzeciaczki po zadaniu resorcynu w czasie wolnym od napadu nie ponowił się napad w ciągu 10 dni. (*Breslauer ärztl. Zeitschrift Nr. 20*). *Dr. T. W.*

Prof. Leyden: **Pyopneumothorax subphrenicus.**

Przedziurawienia żołądka, dwunastnicy, kiszki grubéj poprzecznéj, czy to skutkiem sprawy w nich samych się toczącéj, czy co rzadziéj, natury urazowéj, prowadzą do wystąpienia treści i powietrza w jamę brzucha. Wydostawanie się dalsze treści powstrzymuje pojawiająca się bębnica jako objaw rozwijającego się zapalenia otrzewny; kiszki zostają silniéj ku sobie przyciśnięte, przyparte, treść, która się już wydostała, wepchniętą w fałdy kresek, powietrze zaś uchodzi ku górze, ku wklęsłości przeponowéj, têm więcéj, że ulega wpływowi przyciągania, jakie podczas wydechu w têm miejscu istnieje. Wedle tego, czy powietrze to unosząc z sobą bakteryje, gazy gnilne, dostało się pod prawą lub lewą stronę przepony, prowadzi do wytworzenia jam ropnych, posokowatych między wątrobą a przeponą z jednéj, między przeponą śledzioną a żołądkiem i kiszką poprzeczną z drugiéj strony. Jama taka powiększając się wstępuje mniéj lub więcéj wysoko w przestrzeń klatki piersiowéj i daje najzupełniejszy obraz prawdziwego pyopneumothorax. W jamie opłucnéj odpowiedniéj strony przychodzi przez bezpośrednie zetknięcie i przesiąkanie do wystąpienia skąpego wysięku surowiczego lub surowiczo-ropnego.

Tego rodzaju jamy położone pod przeponą wypełnione powietrzem i ropą nazywa Leyden *pyopneumothorax subphrenicus.*

Odróżnienie za życia od prawdziwego *pyopneumothorax* jakkolwiek trudne, jest jednak możebne, jak to dowodzą rozpoznania autora stwierdzone sekcyją, jest zaś niezmiernéj wagi ze względu na leczenie, resp. na możliwy pomyślny zabieg operacyjny.

Cechy odróżniające są: 1) przebieg choroby, stwierdzenie wyjścia z zapalenia otrzewny; *2)* brak wyraźnego wypuklenia odpowiedniéj części klatki piersiowéj, serce nieco tylko przesunięte, wątroba znacznie obniżona; 3) niezwykle

ostra granica pomiędzy oddechem prawidłowym a amforycznym; 4) brak jakichkolwlek zmian w płucu powyżéj i po drugiéj stronie; 5) pokazanie się nagłe obfitych posokowatych plwocin w dalszym przebiegu, dowodzące przedziurawienia dróg powietrznych. (*Zeitschrift f. klin. Med. I.*)

Dr. K. Bossowski.

Prof. Czerny: **Przypadki wycięcia kawałka kiszki** (*resectio intestini*).

Jakkolwiek wycięcie kawałka kiszki niezdrowéj z jakiegokolwiek powodu należy do bardzo trudnych i niebezpiecznych rękoczynów, to przecież mnożą się z każdym rokiem przypadki wyzdrowienia i mnożyć się będą, jeżeli dalsze doświadczenia z jednéj strony określą dokładnie granice wskazania, a z drugiéj wydoskonalą dzisiejszy sposób operowania. Dotychczas ogłosili dotyczące przypadki Kocher, Hagedorn i Nicoladoni, wykonawszy z pomyślnym skutkiem resekcyję pętli zgorzelinowéj w przepuklinie uwięzgniętéj, Dittel i Billroth wyleczyli rzyć nieprawidłową za pomocą szwu w kiszce, Gussenbauer, Thiersch, Schede i Baum wycinali kawałek kiszki grubéj przez nowotwór zajętéj, Péan wykonał z niepomyślnym skutkiem wycięcie rakowatego odźwiernika w żołądku. Czerny, ogłaszając przypadki przez siebie operowane, zwraca uwagę na przezorność i ostrożność, jaką koniecznie zachować należy przy decydowaniu się do niniejszego rękoczynu, albowiem od niéj zawisł w wielkiéj części pomyślny wynik i wyznaje, że nie myśli nigdy o resekcyi kiszki w przypadkach przepukliny, jeżeli obok zgorzeli pętli istnieje rozlane zapalenie około-przepuklinowe lub jeżeli już wystąpiło zapalenie otrzewny, uważając te przypadki za zaniedbane i niekwalifikujące się do operacyi, z drugiéj strony jeżeli pętla jest ciemno czerwona w niektórych miejscach nawet plamami szyfrowemi pokryta a nie okazuje wyraźnéj zgorzeli ale raczéj skutki silnego zastoju żylnego (*engouement*), woli ją w tych razach reponować niż wycinać, bo w częstych przypadkach widział wyrównanie się krążenia i utrzymanie całości kiszki. Ta a nie inna jest przyczyna, dla czego Czerny, który dosyć obfitym rozporządza materyjałem, w ciągu 3 lat dopiero trzy razy wykonał wycięcie kawałka kiszki, dwa razy w przepuklinie uwięzgniętéj, a raz z powodu nowotworu i to w następujących przypadkach:

I. Kobieta 43-letnia przyjęta do kliniki 1 maja 1878 okazywała w lewéj pachwinie guz wielkości jaja kurzego, bolesny, napięty z odgłosem wypukowym bębenkowym i metalicznym; zaparcie stolca, wymioty od 3 dni; kilkakrotne reponowanie *per taxim* przed przyjęciem do kliniki bez skutku. Z powodu podejrzenia o zgorzel kiszki uwięzgniętéj przystąpiono zaraz do operacyi; po otwarciu worka przepuklinowego odsłoniła się pętla kiszki czarno-brunatna, wiotka, pokryta plamami i bruzdami szyfrowatemi; wycięto pętlę w długości 10 cm. oba końce kiszki zespojono 24 szwami w dwóch rzędach założonemi, krézkę zaś 6cioma szwami jedwabnemi i po dokładném oczyszczeniu wsunięto je do jamy otrzewnowéj; worek przepuklinowy podwiązano i odcięto, ranę zewnętrzną spojono jedwabiem. Przebieg bardzo pomyślny, ciepłota nie przekroczyła 37,5, tętno w dzień operacyi wieczór 148 zeszło w następnych dniach do liczby prawidłowéj, w dziewiątym dniu jadła już chora mięso, pierwszy stolec był w 8mym dniu po lewatywie, w następnych dobrowolny; dnia 8go czerwca czyli w miesiąc po operacyi opuściła chora łóżko, a po dwu latach przedstawiła się w klinice ciesząc się bardzo dobrém zdrowiem.

II. Przepuklina pachwinowa uwięzgnięta prawa, objawy zapalenia otrzewnéj, wzdęcie brzucha, ciągłe wymioty, zapad. Wykonano operacyję na wyraźne żądanie choréj, nie spodziewając się pomyślnego skutku. Pętla kiszki uwięzgniętéj czarna, zgorzelinowa, spoczywała w podwójnym worku przepuklinowym; wycięto kawałek 5 cm. długi i zaledwie założono szwy pierwszego rzędu, chora przestała oddychać a wszelkie usiłowania przywrócenia życia okazały się bezskutecznemi. Przypadek ten nie przemawia ani przeciw ani za operacyją, przytacza go Cz. jedynie dla dokładności, za to przypadek pierwszy wielce przemawia, zdaniem jego, za wartością saméj operacyi.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości pomniejsze.

(L. B.) Badanie plam nasiennych. Na posiedzeniu Towarzystwa sądowolekarskiego w Paryżu, odbytém w dniu 12 maja r. z., pp. Boutmy i Brouardel zdali sprawę z rozprawy pp. Petela i Labiche, którzy do badania plam nasiennych posługują się karminem amonijakalnym, poczém według nich plama nasienna nabiera właściwéj barwy różowéj opierającéj się praniu materyi, a nawet niektórym odczynnikom. Sprawozdawcy nie uważają wprawdzie próby téj za pewną, jednak winszują autorom, że do próby drobnowidowéj dodali: „*une preuve nouvelle.*“

(Uderza nas w sprawozdaniu, że prof. Brouardel nie wspomniał o tém, że myśl podana przez pp. Petela i Labiche nie jest wcale nową, ponieważ wypowiedział ją Dr. Longuet już przed 4 laty, a rozprawa jego była umieszczoną w *Annales d'hyg. publ.* (1876 *Juillet*). Jeszcze w r. 1877 (na posiedzeniu Tow. lek. z d. 16 maja, p. *Przegląd Lek.* 1877, Nr. 28) wypowiedzieliśmy zdanie swoje o próbie Longueta na podstawie doświadczeń własnych, a zdanie to stósujemy tém bardziéj do owéj „próby nowéj.“ *Sprawozd.*)

(K. G.) Jako środek leczniczy przeciw płonicy zaleca B. Clarke (*Sanitary Record.* 15 lipca 1880) rozcieńczony kwas siarkowy, który w małych dawkach bez szkody (co 4 godziny 1—2 łyżek) zażywać można. Ma on nadzieję, że za pomocą tego środka i u nas stanie się płonica tak nieznaczną chorobą, jaką jest w ciepłych klimatach.

Anderson: O wyleczalności ostrych czyli galopujących suchot. Przez „ostre suchoty“ (*acute phthisis*) rozumie autor chorobę płucową ostrą, któréj wysoka i ciągła towarzyszy gorączka, z nader szybkim przebiegiem, a wywołującą stałe, mniejsze lub znaczniejsze zniszczenie miąższu płucowego w miarę, jak długo trwa choroba. Rozpoznaje on trzy odmiany choroby: 1) Ostra płucowa gruźlica (*acute pulmonary tuberculosis*). 2) Ostre zapalne suchoty (*acute pneumonie phthisis*). 3) Ostre zapalne suchoty z następowém wytworzeniem się szaréj prosowatéj gruźlicy. Jest on zdania, iż zachodzi niemożebność odróżniania drugiéj od trzeciéj odmiany za życia chorego, lecz pierwszy gatunek można przypuszczać i podejrzywać, jeżeli choroba nagle rozpoczyna się od wysokiéj gorączki, znacznego zapadu sił, obfitych potów, siności, i znacznego przyspieszenia respiracyi i jeżeli przypady te pozostają w wielkim niestosunku do wyniku badania fizycznego klatki piersiowéj. Autor twierdzi i dowodzi, iż w dość wielu przypadkach (*goodmany cases*) tego rodzaju osiągnął wyborne rezultaty ze sposobu leczenia, które w ogólnych rysach było następujące: 1) Troskliwe odżywianie często podawanemi pokarmami. 2) Co noc podskórne wstrzykiwanie atropinu (od $^1/_{100}$—$^1/_{60}$ grama angielskiego). 3) Leki

szczególnie zdolne do usunięcia gorączki *a*) okłady zimne na brzuch, *b*) chininu 10—30 gramów w jednéj dawce dziennie, *c*) co cztery godziny pigułkę złożoną z jednego grama chininu, pół grama *digitalis*, i jednéj czwartéj do trzech czwartych grama opium. W dodatku szczegółowe objawy: biegunkę, zatkanie itp. należy leczyć w zwykły sposób. (*Brit. med. Journ.*) *Dr. Karcz.*

(T. W.) Z szeregu doświadczeń robionych w celu przekonania się o antagonizmie między pilokarpinem a atropinem wysnuwa J. N. Langley (*Journ. of. Physiology. Centralbl. f. klin. Med.* Nr. 31) wniosek, że pilokarpin usuwa porażenie *Chord. tympani* i n. współczulnego wywołane za pomocą atropinu, i na odwrót że atropin zmniejsza lub zupełnie znosi wydzielinę gruczołu podszczękowego czyli owo ślinienie będące skutkiem działania pilokarpinu i zawsze udawało się L. zamiast działania jednego leku wywołać objawy drugiego i na odwrót.

(y) Obmywania przeciwko *pruritus. Hydratis chlorali 5·00* do *10·00*, *Aq. destill. 250·00.* Rozczyn ten użyty do obmywań działa bardzo dobrze we wszystkich cierpieniach skóry ze swędzeniem połączonych. (*Journal de thérapeutique* 1880. 19).

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lek. galic.

Posiedzenie XIV z dnia 28go lutego 1880.

Przewodniczący kol. Głowacki. Obecnych członków 17.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Widmann miał rzecz: „O miejscowém rozpoznaniu chorób mózgu, a w szczególności kory mózgowéj.“ Dalszy ciąg zapowiedział prelegent na następne posiedzenie.

3) Kol. Krówczyński odczytał rozprawę: „O poronném leczeniu kiły pierwotnéj.“ (Była umieszczoną w Przegl. Lek.)

Ze względu, iż prelegent powątpiewa o wartości leczniczéj wycinania wrzodów twardych, podnosi kol. Chądzyński tę okoliczność, że wnioski o powyższém leczeniu opiera tenże tylko na jednym przypadku z własnego doświadczenia. Zajmując się jednak tym przedmiotem, przytacza mówiący przypadki wycięcia wrzodów, które dotychczas w tutejszym szpitalu na oddziale kiłowym kobiecym przedsiębrał, zastrzegając sobie jednak na późniéj wydanie stanowczego zdania o skuteczności téj metody. I tak w 30tu dotychczasowych przypadkach wycięcia, 7miu chorych nie przedstawiło się więcéj; 5 miało bardzo łagodne objawy, mianowicie mierne szyszkowiny płaskie na wargach lub migdałkach, które w obec zewnętrznego leczenia ustępowały. U 9 nie spostrzeżono dotychczas przypadów wtórorzędnych, pomimo że wycięto wrzód przed 5, 6, 7 miesiącami aż do $2^1/_2$ roku. Wreszcie 9 uległo wtórorzędnéj kile ze zjawiskami dość łagodnemi, z wyjątkiem jednéj. Występowały one po 2, 3, 5, 8 i 9 miesiącach. Doświadczenia te zachęcają kol. Ch. do dalszego zbierania statystyki, któréj późniéj podać nie zaniedba. Kol. Pawlikowski sądzi, że rozszerzanie wrzodu kiłowego za pomocą wycięcia musi wpływać szkodliwie na jego gojenie, jeżeli jad kiłowy po za obręb wrzodu sięgnął, co właśnie zbyt prędko po zarażeniu następuje. Dla tego największą wartość miałoby natychmiastowe niszczenie jadu po spółkowaniu, kiedy miejscowa kiła zajmuje najmniejszą przestrzeń. Zapytuje tedy specyjalistów, czy nie dałyby się zastósować w tym celu jakie środki desinfekcyjne. Kol. Różański doszedł w swych doświadczeniach wycinania wrzodów twardych zarówno jak prelegent do powątpiewania o skuteczności téj metody. Wszystkie jego przypadki przebiegały niekorzystnie z wyjątkiem jednego, w którym zjawiska wtórorzędne wystąpiły dopiero po 6 miesiącach. Ma ona jednak swych obrońców, z których wymienia Heubnera, pierwszego badacza w tym kierunku. Podał on 9 przypadków, lecz tylko 2 z nich obserwował i to przez kilka miesięcy, a zatém przez czas niedostateczny. O Auspitzu wyraża się, że na jego doświadczeniach polegać nie można, ponieważ tenże ma na celu reklamę. Miał mieć 60% wyleczonych, czyli na 33 przypadków w 26 powrotu kiły nie było. Folina wykazał 42% z pomyślnym wynikiem. Statystyce téj metody nie przypisuje wielkiéj wartości z powodu, że nigdy nie można stanowczo twierdzić, co się wycina, czy wrzód twardy lub prostą zapalną stwardniałość, nawet po stwierdzeniu źródła zarażenia. Zresztą metoda ta nie jest jeszcze na razie dojrzałą, albowiem brak spostrzeżeń w większéj ilości przez sumiennych ludzi. Zastósowując ją jednak już teraz w praktyce nie powinno się choremu wiele obiecywać. O doświadczeniach kol. Chądzyńskiego sądzi, że tém mniéj dają rękojmi co do skuteczności metody, gdyż wykonał je na kobietach a zwłaszcza na nierządnicach. Części płciowe kobiet mają skłonność do stwardniałości zapalnych, tak że małe ranki i zdarcia przyskórka, o które tu nader łatwo, mogą naśladować wrzód twardy. U nierządnic zaś bardzo trudno stwierdzić kiłę pierwotną, gdyż zmiany wtórorzędne przedstawiają się często jak pierwszorzędne a z wywiadów nie można się od nich prawdy dowiedzieć. Kol. Pawlikowskiemu odpowiada, że podawano już wiele środków do niszczenia jadu po spółkowaniu, które okazały się nieskutecznemi. Wielka ilość fałdów na częściach płciowych a w dodatku wydzieliny łojowate są przeszkodą w dokładném ich oczyszczeniu. Zresztą w obec tego, że w chwili spółkowania ludzie nie zawsze powodują się rozsądkiem, daremnemi będą wszelkie środki, choćby i skuteczne. Kol. Chądzyński zapewnia, że do swych doświadczeń wybierał młode prostytutki, u których wedle wszelkiego prawdopodobieństwa kiła była pierwotną. Daléj namienia, że we Francyi płynów desinfekcyjnych po spółkowaniu używają, a są niemi zazwyczaj roztwory alkaliczne, które lekarze rozmaicie w swych podręcznikach przepisują. W miastach portowych stosują się te płyny u nie zbyt wstrzemięźliwie żyjących majtków z pożądanym skutkiem. Płyn to tani, bo litr wypada na 3 cent.

Dr. Apolinary Tarnawski,
Sekretarz.

Posiedzenie XV z dnia 13 marca 1880.

Przewodniczący: Kol. Głowacki. Członków obecnych 19.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Widmann odczytał dalszy ciąg swéj rozprawy wyżéj wspomnianéj.

Dr. Apolinary Tarnawski,
Sekretarz.

Stowarzyszenie do wydawniotwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne V, w dniu 30 października 1880 r.

1) Sekretarz Dr. Kwaśnicki odczytał następujące sprawozdanie roczne o stanie Stowarzyszenia:

Ogólna liczba członków honorowych, czynnych i prenumeratorów w dniu ostatniego posiedzenia ogólnego, tj. 18 października 1879 r. wynosiła liczbę 159, mianowicie 2 honorowych, 138 czynnych i 19 prenumeratorów; w roku ubiegłym, z którego obecnie zdaję sprawę, zaszły następujące zmiany: umarło członków czynnych trzech, mianowicie Drowie Noskiewicz i Bejzer we Lwowie, Dr. Friedberg w Jaworowie, oraz jeden prenumerator Dr. Wodnicki w Bendzinie; dla niezadośćczynienia zobowiązaniom statutu wykreślonym został członek czynny Dr. Kulczycki w Bóbrce; natomiast przybyło członków czynnych trzech: Sekcyja czortkowska Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, Drowie Piasecki Wenanty i Gwiazdomorski Jan, oraz jeden prenumerator prof. Dr. Nawrocki w Warszawie; obecnie stan liczebny Stowarzyszenia jest następujący: członków honorowych 2, czynnych 137, prenumeratorów 19, ogółem członków i prenumeratorów 158, czyli o jednego członka mniéj w porównaniu z rokiem poprzedzającym.

Rezultat zabiegów Wydziału Stowarzyszenia w roku ubiegłym jest nader szczupły: w sprawozdaniu przeszłoroczném powiedzianém było, że pierwszém dziełem, które wyjdzie w roku, z którego sprawę zdaję, będzie Syfilidologija Dra Krówczyńskiego; los chciał, że ten tyle ceniony autor, mając do przebycia w ciągu roku ubiegłego nieszczęścia rodzinne, nie mógł poświę-

cić swego czasu piśmiennictwu, zatém sprawa wydania Syfilidologii, rozpoczęta w przekonaniu, że nie ulegnie żadnéj przeszkodzie, musiała być odłożoną na pewien czas.

Wydział wszedł w porozumienie z Drem Jordanem, który odstąpił Stowarzyszeniu rękopism Akuszeryi w 2ch tomach; część pierwsza ma objętość kilkunastu arkuszy druku. Praca Dra Jordana jest już pod prasą, wypełni ona rażącą lukę w księgozbiorze niezbędnym każdemu lekarzowi, i wkrótce sami szanowni członkowie ocenią jéj zalety.

Na ostatniém swém posiedzeniu powziął Wydział uchwałę wejścia w układy z Towarzystwem lekarskiém krakowskiém, a względnie z jego Komisyją językową, o wydanie wypracowanego przez tę Komisyję Słownika lekarskiego, którego rękopism w m. lutym 1881 r. wykończonym będzie; nie możemy wyprzedzać wyniku zabiegów Wydziału, ale wyrażamy przekonanie, że Słownik lekarski polski należy do najbardziéj niezbędnych książek w księgozbiorze lekarzy polskich.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

+ Z listu prywatnego dowiadujemy się, iż Wydział krajowy petycyję Towarzystwa lekarzy galicyjskich, podaną na ręce prof. Dra Małeckiego w sprawie sanitarnéj reformy szkolnéj, przesłał nie dawno do Akademii Umiejętności z prośbą o wypracowanie odpowiedniego projektu co do nadzoru lekarskiego nad szkołami, tudzież higijenicznego ich urządzenia. O ile wiemy sprawą zwołania szkolnéj ankiety sanitarnéj ma się wkrótce zająć Tow. lek. gal., przy czém zamierza wezwać do spółudziału Towarzystwo lek. krak., aby wspólnemi siłami rzecz tę wielkiéj doniosłości daléj popierać. Przypominamy czytelnikom, iż prezes Akademii Dr. Majer kilkakrotnie na Zjazdach przyrodników i lekarzy polskich przemawiał za potrzebą higijenicznéj reformy szkół. Sprawa znajduje się w najlepszych rękach. Spokojnie więc oczekiwać możemy dalszego jéj rozwoju i wyniku narad akademickich.

— W Mönchen Gladbach (obwód Dyseldorfski) obwinionym był palacz kotła parowego o zamordowanie dziewczyny i spalenie trupa w kotle machiny parowéj. Sąd zarządził doświadczenie, czy można tak znaczną ilość mięsa spalić niepostrzeżenie w kotle parowym. Użyto do tego doświadczenia tylną ćwierć tłustéj krowy, a uległa ona kompletnemu zniszczeniu w ciągu $1\frac{1}{2}$ godziny, tylko w górnym otworze komina czuć było cuchnienie. (*Gesundheit*).

Statystyka epidemij. W tygodniu 44 (do 30 października) ospa pojawiała się częściéj w Londynie. Zapadło świeżo 38, leczyło się w szpitalach 112, a umarło tylko 2. W Paryżu leczyło się na ospę w szpitalach 108. Umarło tamże 18. W Budapeszcie umarło 7, w Warszawie, Odessie i Bukareszcie po 2, w Wenecyi 3, w Petersburgu 4, w Maladze 20, w Madrycie 24, w Rzymie 25. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w większych miastach. Płonica i dławiec panują w Berlinie, we Lwowie i w Londynie. W tygodniu 45 umarło w Krakowie: 2 z płonicy i 2 z czerwonki a doniesiono w tymże czasie: o 8 przypadkach płonicy (z ul. Krupniczéj l. 13, z ul. Żydowskiéj l. 252, z ul. Lubicz l. 101, z ul. Widok l. 102, 2 z ul. Wielickiéj l. 29, z ul. Węglowéj l. 54 i z Podgórza); 3 błonicy, 6 krztuśca i 1 odry.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 44 (do 30 października) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: w Krakowie 39,2; we Lwowie 41.2; w Warszawie 22,8; w Poznaniu 28,5; w Wiedniu 23,0; w Budapeszcie 30,5; w Pradze 25,4; w Bazylei 25,5; w Brukseli 17,4; w Berlinie 25,7; w Gdańsku 27,1; w Monachowie 28,4; w Wrocławiu 22,4; w Dreźnie 19,8; w Lipsku 17,2; w Amsterdamie 28,0; w Hadze 19,0; w Paryżu 22,2; w Londynie 21,7; w Kopenhadze 21,7; w Stokholmie 22,4; w Chrystyjanii 18,7; w Petersburgu 35,0; w Odessie 32,8; w Rzymie 34,6; w Wenecyi 30,0; w Bukareszcie 22,9; w Madrycie 31,0; w Barcelonie 22,8; w Bombayu 32,8; w Madrasie 37,0. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25 listopada. Doszedł nas *Rocznik Medycyny Polskiéj* wydawany już po raz trzeci staraniem i nakładem redaktora „*Medycyny*“ Dra J. Rogowicza, składający się, jak i roczniki poprzednie, z dwóch tomików, z których jeden ładnie oprawny jest zwykłym kalendarzem lekarskim, mieszczącym w sobie prócz zwykłych notatek zestawienie najnowszych leków według Becka, oraz dokładny spis lekarzy w Król. Polskiém praktykujących i urzędujących, — drugi zaś nie oprawny mieści w sobie Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego, począwszy od 1 lipca 1879 do tegoż dnia i miesiąca 1880 r. Kalendarzy wydawca sam nie uważa za wzbogacenie piśmiennictwa, poczytując wydawnictwo onych za prostą spekulacyję; na to zdanie nie zgodzilibyśmy się bezwarunkowo, bo wartość naukowa kalendarza zależy od jego treści, która czasem może być wcale dobrą. Natomiast Przegląd piśmiennictwa wydawca uznaje jako uzupełnienie „*Medycyny*“ i pod tym względem zupełną ma słuszność. Myśl, która przewodniczyła wydawcy, jest szczęśliwą, a nie powinien on się zrażać małym pokupem książki, bo nie wątpimy, że z czasem Przegląd piśmiennictwa będzie w ręku każdego lekarza, którego piśmiennictwo lekarskie polskie obchodzi. Wszakże przy małym wydatku, a co ważniejsza, małym zachodem w przeciągu kilku godzin można zapoznać się z piśmiennictwem z roku ubiegłego, a posiadając szereg takich roczników nie potrzeba szukać literatury po kilku czasopismach, których posiadanie nie każdemu jest możebném. — W roczniku, który właśnie wyszedł, znajdujemy 184 sprawozdań z prac napisanych przez 107 autorów. Z prac tych umieszczonych było w *Przeglądzie Lekarskim* i w *Medycynie* po 46, w *Gazecie Lekarskiéj* 43, w *Pamiętniku T. L. W.* i *Dwutygodniku med. publ.* po 15, w *Zdrowiu* 10, w *Kronice Lekarskiéj* 6, osobno wyszły 3. Sprawozdania są dokładne, wyczerpujące a gdzieniegdzie znachodzą się i uwagi krytyczne. Sprawozdawcami poszczególnych działów byli: Drowie Dunin, Dobrzycki, Matlakowski, Rogowicz, Kośmiński, Klink, Fritsche i Markiewicz, a więc lekarze, których nazwiska w piśmiennictwie naszém dobrze znane dają należytą rękojmię, że rzecz traktowaną jest sumiennie i ze znajomością dokładną przedmiotu.

* W Nrze 46 *D. med. Woch.* ogłoszoną jest rozprawa Dra Kaczorowskiego o przetoczeniu krwi do jamy otrzewnowéj, z wyraźném namienieniem, że rozprawa ta jest wyciągiem z odnośnéj pracy, umieszczonéj w Nrze 29 i 30 Przegl. Lek. z rb.

* **Mianowania i odznaczenia.** W miejsce Wilmsa mianowany został prof. Rose z Zurychu chirurgiem ordynującym w szpitalu Bethanien w Berlinie. — Dr. E. H. Bennett mianowany został profesorem chirurgii w Dublinie, a Dr. Duplay profesorem patologii chirurg. w Paryżu.

* **Nekrologija.** W Podhajcach umarł lekarz praktyczny Jakób Ohrenstein, licząc la. 70 przeszło. Pod względem gorliwości zawodowéj, uczynności dla chorych, zwłaszcza biednych, i zasług obywatelskich korespondencyje, donoszące o śmierci jego, stawiają go na równi ze zmarłym niedawno we Lwowie Drem Beiserem, a porównanie to czyni zbytecznemi wszelkie inne pochwały. Nieboszczyk był teściem profesora U. J., Dra Rosnera.

W N. Yorku umarł znany autor lekarski Dr. Edward Seguin w 68 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 47: Perkowskiego: Rana postrzałowa stawu kolanowego, wyleczona pod opatrunkiem Listera; Landego: Kilka uwag o przypadku sądowolek. w Nrze 42 ogłoszonym.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Cezar August STANIEWICZ (z Litwy): W wojenno-wremennych hospitalach Zakawkazia wo wremia tureckoj wojny 1877 i 1878 gg. SS. Petersburg 1880, in 8vo str. 178 z rycinami.

Towarzystwo lęk. krak. odbędzie posiedzenie zwykłe dnia 1 grudnia we Środę o godzinie 5téj w sali Akademii Umiejętności, na którém kol. Dr. Lustgarten będzie mówił: „O płonicy i rozmaitych z nią powikłaniach.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1¼ „	4 „	6 „

Kraków, 4 grudnia 1880. № 49. Rok XIX.

TREŚĆ: I. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Madurowicza w szpitalu św. Łazarza. KOHN. O zastósowaniu nowego sposobu rozszerzania szyi macicznéj. — II Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9). BOSSOWSKI III. Choroby narządu trawienia. — III. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r. RYDYGIER. V. Trzy przypadki wypiłowania kości. —IV. *Oceny i sprawozdania*: Prof. HOFMANNA: O medycynie sądowéj. FALCKA: O toksykologii praktycznéj. ALTA: O histologii oka. (Dok.) Katalog biblijoteki Urzedu lekarskiego wojsk Ameryki półn. — FÜRBRINGER. PRAETORIUS. LANGENBECK. MOSETIG-MOORHOF. SCHRÖTTER. CZERNY. (Dok.) BROUARDEL. — *Wiadomości pomniejsze*. — V. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Towarzystwo lekarskie krakowskie. — Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie. (Dok.) — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. - VII. *Wiadomosci bieżące*.

I. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Madurowicza w szpitalu św. Łazarza.

O zastósowaniu nowego sposobu rozszerzania szyi macicznéj.

Napisał Dr. M. Kohn.

Wiadomemi są wszystkim kolegom liczne ujemne strony dotychczasowych sposobów rozszerzania macicy. Od r. 1847, tj. od czasu wynalezienia przez Simpsona gąbek prasowanych, aż po dziś dzień tak wiele podawano na tém polu ulepszeń i nowości, że sam ten fakt dowodzi, iż kwestyja ta ani jeszcze ostatecznie załatwioną nie została, ani nawet nie odpowiada dość skromnym wymogom, skoro rozszerzanie szyi macicznéj zawsze jeszcze uważać zwykliśmy za rękoczyn, który tylko z wielką przedsiębrać należy ostrożnością, dla możebności nieprzyjemnych, a czasem nawet dość groźnych przypadów następowych. Mówimy tu naturalnie tylko o tępém rozszerzaniu szyi macicznéj, gdyż osiągnięcie tego celu na drodze krwawéj już dość dawno przez Simsa udoskonaloném zostało. Dylatacyja tępa atoli, któréj potrzeba, już to w celu leczniczym już też w celu rozpoznawczym, dość często zachodzi, zawsze jeszcze wiele robiła nam trudności. Cały szereg używanych tu przyrządów i narzędzi, jak gąbka prasowana, drążki z blaszeńca palczastego, korzenia Gentiany, drążki Tupelo (z korzenia i łodygi *Byssa aquatica*) z kości słoniowéj dekalcynowanéj, dylatatoryja instrumentalne Simsa, Ellingera, Pristleya, Tiemanna, Vanderveera, Matthieugo, Balla i innych, mają wszystkie razem wzięte swe błędy wspólne, a osobno swe błędy swoiste. Większa część, jak wszystkie dylatatoryja i drążki, za mało dla celów leczniczych i rozpoznawczych rozszerza szyję macicy, a strony ujemne gąbki prasowanéj, która jedynie dostatecznie szyję macicy roszerza, zbyt dobrze są znane wszystkim, którzy jéj używali. Fakt niezaprzeczony, iż w skutek utworzenia gąbką prasowaną w szyi macicznéj rany za każdém jéj użyciem, wsysającéj części rozkładowe, zakaźne, zbyt często zdarzają się następowe zapalenia otrzewnéj okołomaciczne, jak niemniéj okoliczność, iż rozszerzenie szyi macicznéj gąbką prasowaną często za wiele wymaga czasu i kosztów, oto wady téj metody dość ważne, aby zastąpienie jéj sposobem równie lub więcéj skutecznym, a krótszym, tańszym i bezpiecznym, powitać z rzeczywistém zadowoleniem. Doznalem tego zadowolenia wyczytawszy w „*Centralblatt für Gynaekologie* Nr. 25“ z ego grudnia 1879 o nowym sposobie rozszerzania szyi macicznéj, podanym przez prof. Fritscha, jakkolwiek nie mogłem oprzeć się pewnéj nieufności do podanych tamże dat, nader wiele obiecujących. Niecierpliwie czekałem odpowiedniego przypadku chorobowego dla przekonania się osobistego o rzeczy tyle mnie obchodzącéj. Z końcem kwietnia br. przybyła na oddział III szpitala św. Łazarza chora odpowiednia, a Wny prof. Madurowicz nie tylko był łaskaw odstąpić mi chorą do przeprowadzenia doświadczenia, ale także zaopatrzył mnie w narzędzia potrzebne, świeżo dopiero sprowadzone.

Metoda Fritscha polega na tém, iż mając cały system niegiętkich sond stalowych macicznych różnéj grubości, bo od 3 do 25 milimetrów średnicy, wprowadza się takowe jednę za drugą do macicy rozszerzając przez to szyję maciczną do dowolnéj objętości. Pisze Fritsch: „Zbadawszy dokładnie kierunek i całą jakość szyi macicznéj zwykłą sondą maciczną, wprowadza się po znieczuleniu choréj chloroformem sondę grubszą. Doszedłszy nią aż do ujścia wewnętrznego macicy, przyciska się ją prawą ręką do tegoż, podczas kiedy ręką drugą obejmuje się przez powłoki brzuszne dno macicy i wpychając ją silnie na sondę trzymaną ręką prawą, nasuwa się szyję maciczną na zgłębnik, jak rękawiczkę na palec. Potém wyjmuje się sondę, aby założyć zaraz znów grubszą w ten sam sposób i tak aż do osiągnięcia dylatacyi żądanéj wielkości. Siła użyta przy tém postępowaniu jest dość znaczną, i jasném jest, że saméj sondy do góry macicy wypychać nie wolno. Niemniéj konieczną jest narkoza.“

W szkole wiedeńskiéj zamiast sond stalowych używają drążków z twardego kauczuku z rączkami do ujęcia. Drążki

te, bez rączki, do 10 cm. długie, gładkie, są nieco słabo łukowato wygięte odpowiadając fizyjologicznemu przodopochyleniu macicy. Takiego systemu drążków kauczukowych różnéj grubości użyłem i ja w następującym przypadku:

Ewa S., lat 47 mająca, służąca, przybyła 20 kwietnia rb. na oddział III szpitala św. Łazarza. Podaje, iż miesiączkując w 16tym roku życia po raz pierwszy aż do początku obecnéj choroby, tj. przed 3ma laty, miewała miesiączkę w regularnych odstępach czterotygodniowych, 3 dni trwającą, bez bólów, miernie obfitą. W 17 roku poszła za mąż i rodziła trzy razy, porody były prawidłowe, pierwszy przed 20, ostatni przed 15 laty. Aż do początku obecnéj choroby była zawsze zdrową. Od 3 lat bez wiadoméj [przyczyny i bez wszelkich dolegliwości miesiączka zaczęła występować nieregularnie, raz za często, drugi raz za rzadko, powoli zaczęła być zbyt częstą, długotrwałą i nader obfitą, a od roku stała się już ciągłym, choć miernym, krwotokiem z rzadkiemi tylko przerwami 10 do 15 dniowemi. Od kilku tygodni krwotok ten stał się obfitym, osłabił znacznie chorą, która wybladła i zeszczuplała, i zmusił ją do szukania pomocy lekarskiéj.

Badanie okazuje osobę średniego wzrostu, nieźle odżywioną, silnéj budowy ciała. Skóra brudno-blada, błony śluzowe nadzwyczaj blade, chora osłabiona, niespokojna, bojaźliwa i zmęczona. Klatka piersiowa i brzuch żadnych nie przedstawiają zboczeń. Ze sromu wypływa miernie ciemna krew w niewielkiéj ilości, przedsionek i pochwa bardzo blade, część pochwowa gruba, obrzmiała ale miękka, ujście zewnętrzne jako szpara poprzeczna bez wyraźnych wrębów. W przedniém sklepieniu czuć dalszy ciąg macicy, a przy badaniu skombinowaném ciało macicy okazuje się znacznie powiększoném, miernie twardém, cała macica wyraźnie dłuższą. Sonda łatwo wchodzi w kierunku prawidłowym na 10 cm. W wzierniku część pochwowa okazuje się bladą, z ujścia wypływa krew ze śluzem. Ciepłota choréj prawidłowa, tętno dość słabe.

Rozpoznano *Endometritis haemorrhagica*, nie rozróżniając bliższéj jéj formy anatomicznéj.

Po zastosowaniu bezskuteczném zwykłéj terapii, tj. spokoju, okładów, wyciągu sporyszowego, tuszowania jamy macicy azotanem srebrowym, wstrzykiwań do jamy macicy rozczynu półtorachlorku żelaza, postanowiłem rozszerzyć szyję maciczną, by dojść do zródła choroby. Na proponowany rękoczyn chora zaledwie po długich namowach się zdecydowała, na narkozę jednak żadną miarą nie chciała się zgodzić. Byłem zmuszonym przystać na to, chcąc choréj pomódz, a sam dojść do zamierzonego doświadczenia. Dnia 6go maja wprowadziłem w jamę macicy pacyjentki, ułożonéj na stole operacyjnym na wznak, z podniesionemi krzyżami i zgiętemi w stawach nogami, najprzód drążek 3 milimetry gruby, a postępując sposobem zwyż opisanym w 35 minut doszedłem do drążka grubości 16mm., poczém palcem, bez trudności w jamę macicy wprowadzonym byłem w możności wymacania dokładnie każdego punktu jamy macicznéj i stwierdziłem, iż błona śluzowa téjże jest obrzmiałą, w *stratum papillare* przerosłą, uczucie ziarniny palcowi podającą, jedném słowem, znalazłem tak zwaną *Endometritis granulosa* lub *Adenoma diffusum* Schrödera. Wprowadziwszy z łatwością łyżkę ostrą Simona wyskrobałem całą jamę macicy, a przestrzykawszy ją 2% rozczynem kwasu karbolowego wytamponowałem pochwę. Skutek rękoczynu był jak najzupełniejszy; macica ściągnęła się doskonale, krwotok więcéj się nie pojawił, reakcyi nie było żadnéj, a chora nadzwyczaj szybko przychodząc do sił w dwa tygodnie opuściła zakład całkiem zdrowa i dobrze wyglądająca. Ponieważ była ona służącą jednego z urzędników szpitala, kontrola nad dalszém jéj powodzeniem była możliwą i wiem że kobieta ta do dziś dnia jest zupełnie zdrową, silną i od tego czasu żadnych nie doznaje dolegliwości.

Uwagi, jakie mi się przy użyciu téj metody nasunęły, są następujące:

1) Słuszną wydaje mi się opinija Fritscha, iż narkoza choréj jest potrzebną, gdyż nawet w naszym przypadku, gdzie powłoki brzuszne były nadzwyczaj podatne, a chora bardzo wyrozumiała i cierpliwa, trudną było rzeczą uchwycenie wygodne dna macicy i wsuwanie jéj na dół, a narkoza bez wątpienia byłaby ułatwiła rękoczyn.

2) Ból choréj nie jest znacznym i tylko do téj chwili czasu ograniczonym, kiedy sonda przezwycięża opór ujścia wewnętrznego, którego przezwyciężenie nagłe czuć doskonale w ręce trzymającéj sondę.

3) Nie należy pomijać pojedyńczych numerów drążków, ale systematycznie numer za numerem należy wprowadzać, jak o tém dowodnie miałem sposobność się przekonać, gdyż wziąwszy po wyjęciu drążka 10mm. grubego drążek 12mm. gruby, nie mogłem go w żaden sposób wprowadzić i musiałem na nowo rozszerzać drążkiem Nr. 10, aby módz znowu wprowadzić Nr. 11, przez co niepotrzebnie straciłem trochę czasu, a choréj przysporzyłem niepotrzebnie nieco bólu.

4) Po uskutecznionéj dylatacyi badając palcem szyję i jamę maciczną przekonałem się dokładnie, iż ani w szyi, ani około ujścia wewnętrznego, ani w saméj jamie macicy nie było nigdzie żadnego zdrapania, ani naderwania, ani pęknięcia, ani zgniecenia błony śluzowéj, a tém mniéj miąższu macicy, która to okoliczność tak korzystnie odbija od zwykłych następstw przy użyciu gąbki prasowanéj.

5) Stosując metodę wspomnianą po raz pierwszy potrzebowałem do rozszerzenia szyi macicznéj do 16mm. 35 minut czasu, a sądzę że nieco wprawy i użycie narkozy jeszcze znacznie czas ten skrócić będzie w stanie.

6) W końcu nie od rzeczy będzie wspomnieć, że brak wszelkich kosztów, gdyż narzędzie raz nabyte na zawsze wystarczy nie ulegając zepsuciu, i okoliczność, że można obejść się bez asystencyi, także wiele na korzyść téj metody przemawiają. Opierając się na tych uwagach, jestem, jak sądzę, uprawnionym do wniosku: że metoda Fritscha rozszerzania szyi macicznéj zasługuje na pierwszeństwo przed wszystkiemi dotychczasowemi metodami, jest bezpieczną, dość łatwą, doskonały dającą wynik i poleconą być może wszystkim kolegom jako zabieg operacyjny, który za rzeczywisty postęp w nauce ginekologii uważać należy.

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9.

III.

Choroby narządu trawienia.

Zestawił Dr. K. Bossowski.

Przedmiotem niniejszego sprawozdania jest 84 przyp. (53 m., 31 kob.) z kliniki stałéj, i 716 przyp. (423 męż.,

293 kob.) z kliniki ruchoméj, razem 800 przypadków. Z powodów na wstępie do sprawozdania klinicznego przedstawionych i w tym dziale materyjał kliniki ruchoméj zużytkowanym zostanie prawie wyłącznie tylko pod względem statystycznym. Choroby narządu trawienia stanowiły w klinice stałéj 13·4%, w ruchoméj 16·3% wszystkich przypadków. (W poprzednich 4 latach odsetek chorób narządu trawienia w oddz. wewn. szpitala św. Łazarza wynosił 8%).

I. Choroby jamy ust.

Zapalenie dziąseł *(Gingivitis)* w 3 przypadkach było następstwem nieczystego utrzymywania zębów. Pośród 8 przyp. zapalenia błony śluzowéj jamy ust, w 1 przyp. była t. zw. *stomatitis aphthosa*, a w jednym zapalenie z owrzodzeniami *(Stomacace)* skutkiem używania jodku rtęciowego bez nadzoru lekarza. Zapalenia języka (*Glossitis*) zauważano dwa przyp., w jednym choroba rozwinęła się skutkiem nadmiernego palenia tytuniu, w drugim jako t. zw. *glossitis dissecans* była jedynym objawem przebytéj kiły; cały język zaopatrzony był na górnéj powierzchni licznemi wrębami i bruzdami bliznowatemi, pomiędzy którémi sterczały kępki prawidłowéj tkaniny, pokryte gdzieniegdzie zgrubiałym i zmętniałym przybłonkiem (*Leukoplakia*). Z zapaleniem gruczołu przyusznego (*Parotitis*) zgłosiło się w styczniu 1876 czterech chorych; było to w czasie, gdy w mieście przydarzały się częste przypadki téj choroby. W 2 przyp. zapalenie było obustronne, a w obydwu przyp. choroba ustąpiła bardzo szybko po użyciu kilkorazowém naparu jaborandy z 4 i 6 gm. na raz. (Lek ten polecił najpierw Czernicki: *Gaz. hebd. d. méd.et de chir.* 1875 Nr. 14). W jednym przypadku znaleziono równocześnie z zapaleniem gruczołu przyusznego prawego zapalenie prawego jądra (*Orchitis*).

II. Choroby gardła.

Zapalenie ostre podniebienia miękkiego i gardła *(Angina catarrh. et pharyngitis catarrh. acuta)* w liczbie 31 przyp. zauważano prawie wyłącznie w miesiącach jesiennych i wiosennych. Zapalenie przewlekłe dostarczyło 68 przyp. W zapaleniu gardła mieszkowém *(pharyngitis granulosa)* widziano bardzo korzystne działanie pędzlowań gardła rozczynem poleconym przez Mandla *(Jodi puri 1 gm., Kali jodati 2 gm., Glycerini 100 gm.)* Zapalenia migdałków i przerosty migdałków dostarczyły po 10 przyp. W 1 przyp. znaleziono zapalenie około migdałkowe *(Peritonsillitis)*; migdałek prawy wysterczał mocno z pomiędzy łuków podniebieniowych a w częściach miękkich pod kątem szczęki dolnéj wytworzył się naciek zapalny, który przeszedł w ropienie. Jeden przypadek mięsaka (*sarcoma*) w jamie noso-gardłowéj wychodzącego z podstawy czaszki zasługuje na wzmiankę nieco obszerniejszą z powodu groźnych przypadów, jakie ze sobą pociągnął.

J. P. lat 33, począł przed półtora rokiem skarżyć się na ból w okolicy skroniowéj lewéj, który rozszerzał się na tyłogłowie, na prawą okolicę skroniową i przyuszną lewą. Przed sześcioma miesiącami zauważył upośledzenie wzroku i dwuwidzenie, jak niemniéj szum w uszach i utratę słuchu w uchu lewém. Przed dwoma miesiącami spostrzegł skrzywienie twarzy, utrudnienie połykania i gromadzenie się w gardle większéj ilości śluzu. Na pięć tygodni przed przybyciem do kliniki pojawiły się po raz pierwszy drgawki ogólne, które poprzedził silny ból głowy, i wśród których chory miał być zupełnie bezprzytomny. Do kliniki przyjęty został w dniu 8go listopada 1875. Badanie wykazało nowotwór twardo-sprężysty w kilku miejscach owrzodziały, wypełniający jamę noso-gardłową, wysadzenie gałki ocznéj lewéj ze znacznem zbrzęknieniem spojówek i z owrzodzeniem rogówki, porażenie zupełne nerwu twarzowego lewego, porażenie nerwu odwodzącego oko prawe, znaczne upośledzenie czucia dotykowego i czucia bólu po lewéj stronie twarzy, obrzmienie małżowiny, zgrubienie błony bębenkowéj i utratę słuchu na uchu lewém. Obydwa przewody nosowe niedrożne. Lewa połowa języka w stanie zaniku, a język zbacza na stronę lewą. Gruczoły limfatyczne karkowe, szyjne i podszczękowe obrzmiałe. Apatyja i senność. — Sekcyja w dniu 24 listopada wykazała mięsak na podstawie czaszki wielkości małéj pięści o powierzchni nierównéj, guzowatéj, pokrytéj przez nietkniętą twardówkę, który wszedłszy do czaszki przez *foramen lacerum* sięgał od oczodołu ku otworowi potylicowemu i wchodził częściowo w oczodół lewy. Nowotwór mięsakowy w jamie noso-gardłowéj był w bezpośrednim związku z nowotworem w jamie czaszkowéj a trzon kości klinowéj był w zupełności nowotworowo zwyrodniały. Istota korowa mózgu była wązka i blada. W płucach obydwóch znajdowały się w szczytach dość licznie drobne nacieki serowate.

III. Choroby gardziela.

Rak gardziela rozpoznano w 10 przypadkach, zwężenie bliznowate w 2 przyp. (w obudwu przyp. po rozmyślném napiciu się kwasu siarkowego), a zwężenie kurczowe w jednym przyp., który dotyczył dziewczyny z wybitnemi objawami hysteryi. W przypadku tym utrudnienie połykania ustąpiło zupełnie po kilkunastorazowém wprowadzaniu zgłębnika. Oprócz badania zgłębnikiem w przypadkach upośledzonego połykania nie zaniedbywano nigdy osłuchiwania gardziela. Jako ważny moment rozpoznawczy przemawiający za zwężeniem nowotworowém uważano upadek sił i odżywienia już w tym okresie choroby, kiedy chory mógł połykać i odżywiać się dostateczną ilością pokarmów płynnych. Ażeby nałogowe nadużywanie napojów wyskokowych miało być momentem wywołującym raka gardziela, w przypadkach naszych nie stwierdzono.

IV Choroby żołądka.

1. Ostry nieżyt żołądka był przedmiotem leczenia w 28 przyp., z których połowa zgłaszała się w miesiącu czerwcu. Między przyczynami wymienić należy przedewszystkiém zimnicę i używanie niedojrzałych owoców.

2. Nieżyt żołądka przewlekły napotkano w znakomitéj liczbie 304 przypadków, co stanowi 38% chorób narządu trawienia a 6% wszystkich chorych tak w klinice stałéj jakoteż ruchoméj. Stosunek ten zdaje się rychléj odpowiadać rzeczywistéj częstości przewlekłego nieżytu żołądka aniżeli cyfry szpitalne, według których w latach 1871 do 1875 nieżyt przewlekły stanowił tylko 8% chorób narządu trawienia a 0·6% wszystkich chorych. Mężczyzn było 168, kobiet 90. Przeszło $1/3$ część chorych była między 30—40 r. z. a $1/4$ przypadała zarówno na wiek od 20—30 i od 40—50 r. z. W znakomitéj liczbie znajdowały się równocześnie przypady nieżytu jelit; prawie w połowie tych przypadków chorzy okazywali ogólną drażliwość, która niekiedy potęgowała się do wyraźnéj hypochondryi. W przypadkach, którym towarzyszyło zaparcie stolca, widziano najkorzystniejszy skutek z używania siarkanu sodowego codziennie zrana, a lek ten zastępował w zupełności drogą i nie zawsze jednaki skład chemiczny okazującą sól karlsbadzką. W przypadkach z wygórowaną drażliwością żołądka, osobliwie gdy towarzyszyła skłonność do biegunki, używano z korzyścią bizmutu w dawkach 1—1·5 gm. na dzień lub azotanu srebrowego, który zazwyczaj przepisywano z cukrem w postaci t. zw. pigułek Simona.

3. Rozszerzenie żołądka (*Gastrectasia*) rozpoznano jako chorobę główną u 19tu chorych. Tylko w trzech przypadkach jako przyczynę było można uważać przebyty katar żołądka, w dwóch przypadkach blizny w części o-

dźwiernikowéj po wrzodzie, a w jednym przypadku nerkę ruchomą prawą. W reszcie przypadków, które prawie wszystkie dotyczyły ludu wiejskiego jako przyczynę choroby należało uważać nawykowe przepełnianie żołądka pokarmami niestrawnemi. Nie wdając się w krytykę subtelnych sposobów badania rozmiarów żołądka podanych przez Penzoldta, Rosenbacha, Schreibera, Rosenthala, Purjesza, tyle tylko namienić nam wypada, że najdogodniejszym, najmniéj zachodu wymagającym i dość pewnym sposobem badania rozstrzeni żołądkowéj okazało się oznaczanie treści żołądkowéj za pomocą wstrząsania i wypuku. Można przyjąć jako pewnik, że w każdym przypadku, gdzie przy wstrząsaniu żołądka u chorego, będącego na czczo, udaje się wywołać pluskanie, istnieje nie wątpliwie rozstrzeń żołądka. Zarówno wnosić można na pewne o rozszerzeniu żołądka, jeżeli na czczo znajdziemy stłumienie poniżéj pępka, które jawnieje przy podniesieniu tułowia ku górze. W niektórych przypadkach rozstrzeni zauważano także przelewanie się płynu w żołądku przy ruchach oddechowych, na który to szczegół zresztą od dawna znany zwrócił w ostatnich czasach uwagę Strümpel *(B. kl. Woch.* 1879. 456).

4. Z niestrawnością *(Dyspepsia)* szukało pomocy 11 chorych. U mężczyzn podstawą choroby było opilstwo, zgrzybiała starość, niedokrewność, a w 2 przyp. hypochondryja; u kobiet w 2 przyp. blednica, w 2 przyp. zwiotczenie brzucha z znaczném rozstąpieniem mięśni brzusznych, nakoniec w 2 przyp. niestrawność jako t. zw. *dyspepsia acida* objawiła się przeważnie dokuczliwą zgagą.

5. Nerwoból żołądka (*Cardalgia*) napotkano w 38 przypadkach (14 m. 24 kob.) najczęściéj na tle niedokrewności.

6. Wrzód żołądka (*Ulcus v.*) był przedmiotem leczenia w 29 przypadkach, z których 7 w klinice stałéj. W tych 7 przyp. mieści się 2 męż. a 5 kob., w reszcie przypadków poliklinicznych liczba mężczyzn równa się prawie liczbie kobiet. Pod względem etyjologicznym zasługują na wzmiankę 2 przyp., w których nadużywanie napojów wyskokowych można było uważać jako moment, jeżeli nie będący właściwą podstawą choroby, to przynajmniéj podniecający napowrót przycichłą chorobę. Pod względem przebiegu wspomnieć nam wypada o jednym przypadku, gdzie w następstwie wrzodu powstało zapalenie otrzewnéj z przebiegiem pomyślnym i o przypadku przedziurawienia ścian żołądka z zejściem śmiertelném.

T. S. lat 43, leczony w klinice okulistycznéj na wrzód rogówki nie doznawał nigdy najmniejszych przypadów żołądkowych. W dniu 30 grudnia 1876 po zjedzeniu obiadu pojawiły się kilkakrotne wymioty, a wkrótce potém silny ból w całym brzuchu. Przyniesiony do kliniki lekarskiéj d. 2 stycznia okazywał zapad sił znacznego stopnia, brzuch wzdęty, mocno napięty i bardzo bolesny, a odgłos wypukowy na takowym wszędzie jawny bębenkowy, a w okolicy pępka metaliczny. Stolec od 3 dni wstrzymany, częste wymioty śluzowe i ból w brzuchu, który od czasu do czasu bardzo się wzmagał. Tego samego dnia chory umarł, a sekcyja wykazała przebicie ściany żołądka przez wrzód wielkości przeszło centa na krzywiźnie mniejszéj żołądka usadowiony. W jamie otrzewnowéj wypełnionéj powietrzem znachodziły się w obfitéj ilości kawałki mięsa i kapusty, a mimo kilkudniowego przebywania takowych w otrzewnéj, błona ta była wszędzie gładka, lśniąca i blada, i nie okazywała nigdzie śladów zapalenia.

7. Rak żołądka napotkano u 52 chorych, z których 14 leczono w klinice stałéj. Wiek wszystkich chorych wynosił 40—60 lat. Dziedziczności nie stwierdzono. W jednym przypadku poprzedzały pojawienie się nowotworu 11 lat trwające przypady kataru żołądka, który zgodnie z doświadczeniem starszych lekarzy uważać należało jako przyczynę obecnéj choroby. Większa część chorych zgodnie z spostrzeżeniami Benekego okazywała silną budowę kośćca. Stosunek umiejscowienia nowotworu w okolicy wpustu, na ścianach żołądka i w okolicy odźwiernikowéj był jak 2:4:8. Z przebiegu choroby wspomnieć należy o podniesieniu się ciężaru ciała o 1 klgm., jakie zauważano u chorego z rakiem żołądka w początkach obserwacyi klinicznéj skutkiem lepszych warunków hygijenicznych w jakich się chory znalazł; późniéj ciężar ciała począł ubywać. W 2 przypadkach zauważano mierny stan gorączkowy, który przy braku innych powikłań pochodzić mógł tylko od głównéj choroby; u 1 chorego jako przyczynę gorączki wykazała sekcyja rozsiewanie się guzków rakowych w sieci; w drugim przyp. stwierdzonym sekcyją gorączka pochodzić mogła tylko od rozpadu nowotworu. Wiek zmarłych wynosił lat 40, 42, 47, 57, 67, a trwanie choroby, o ile na anamnezie polegać można, wynosiło od 4 miesięcy do 3 lat. W 3 przyp. sekcyjnych nowotwór ograniczał się tylko do żołądka, w 1 znajdowały się następowe guzy rakowe w wątrobie i trzustce, a w drugim w sieci.

Z powodu podobieństwa do niedokrewności złośliwéj *(anaemia perniciosa progressiva)* i to tak złudnego, że chorobę uważano jako niedokrewność złośliwą, zasługuje na opisanie następujący przypadek:

M. B. lat 50 wyrobnik przyjęty 9go marca, przeniesiony do szpitala 7 lipca 1875. Przed 15 laty przebył tyfus. Przed rokiem przebył czerwonkę miesiąc trwającą, wśród któréj utracić miał stolcami wiele krwi. Odtąd nie odzyskał dawnego zdrowia, był blady, czuł się osłabionym mimo utrzymanego łaknienia i niezdolny do pracy. Z tego powodu w 6 miesięcy po przebytej czerwonce udał się do szpitala św. Łazarza, gdzie z rozpoznaniem niedokrewności używał żelaza, jednak bez najmniejszego skutku. Po wyjściu ze szpitala apetyt podupadł a siły coraz bardziéj ubywały. Innych przypadów żołądkowych w tym okresie choroby nie było żadnych. Chory z nawyknienia raz a czasem i kilka razy na rok puszczał krew, tak że ilość upustów krwi wynosić miała najmniéj 30. — Badanie wykazało: budowa dobra skóra woskowo-blada, błony śluzowe w wysokim stopniu blade, tkanka podskórna w okolicy kostek nieznacznie surowiczo zbrzękła, tkanka tłuszczowa wiotka ale dosyć obficie utrzymana, mięśnie bardzo wiotkie. Falowanie żył szyjnych wyraźnie widzialne i namacalne; wybitne buczenie żył szyjnych. Szmer skurczowy nad lewą komórką. Tętno nikłe, częste; ciepłota podgorączkowa. Wątroba nieco powiększona, brzeg miernie twardy nie bolesny; śledziona nieznacznie powiększona, brzeg niemacalny. Żołądek nieznacznie rozszerzony, język prawie czysty, aptetyt upośledzony, pragnienie mierne, częste odbijanie gazami bez szczególnego smaku i woni. Mocz w ilości 1500, c. g. 1014, ślad białka, kwas moczowy zwiększony. Osłabienie tak znaczne, że chory chwiejąc się zaledwie kilka kroków postąpić może. Skarży się na dokuczliwy ból i zawrót głowy, szum w uszach, senność i znużenie znacznego stopnia. Krew blada, badana pod drobnowidem okazuje ciałka czerwone blade a stosunek białych do czerwonych jak 1:214.

W ciągu 4ro miesięcznéj obserwacyi klinicznéj nie było żadnych nowotwór w żołądku cechujących przypadłości: guzowatości nigdy nie wymacano, przy ucisku na okolicę żołądka chory nigdy nie doznawał bólu, apetyt poprawił się i dopiero z końcem czerwca na nowo podupadł, gniecenie w okolicy żołądka, ból po jedzeniu i zgaga pojawiły się kilka razy jako przypady przemijające a wymioty w ciągu tego całego czasu zauważano tylko 3 razy i to bez śladów krwi prawie bezpośrednio po obiedzie. Kilka razy przydarzyła się mierna biegunka. Że przypady te nie wiele choremu dokuczały, wykazuje najlepiéj ta okoliczność, że chory bardzo często dopominał się o zwiększenie mu i tak już dość obfitéj dyjety. Ciężar ciała z początku wynoszący 101 funtów, z końcem marca obniżył się do 95 funtów, opuchlina odnóg ustąpiła, chory czuł się nieco silniejszy, mógł się sam przechadzać po sali; w maju ciężar ciała podniósł się do 100 funtów a z początku czerwca do 102 funtów, pomimo że obrzęknienie kostek

pojawiło się tylko, gdy chory więcéj chodził. Ciepłota ciała w początkach dochodziła wieczorem do 38·3, zrana opadała do 36·7, późniéj aż do 10 maja podnosiła się pod wieczór do 37·6—37·9, zaś odtąd różnica między ciepłotą ranną a wieczorną wynosiła prawie stale 36·7 i 37·6° C. W połowie maja stosunek ciałek białych do czerwonych był jak 1:55, ciałka czerwone były blade i miały małą skłonność do układania się w rulony. Późniéj stosunek ciałek białych do czerwonych stał się więcéj prawidłowy. Badanie siatkówki nie wykazywało wybroczyn. Mimo polepszenia się sił szmery żylne i szmer nad końcem serca trwały ciągle a bladość skóry i błon śluzowych wcale się nie zmniejszyły. Chory zmarł w szpitalu we wrześniu 1875 a sekcyja wykazała nowotwór rakowy płaski na tylnéj ścianie żołądka bez przerzutów.

Przyczyną mylności rozpoznania był brak wybitniejszych przypadów żołądkowych obok licznych szczegółów odpowiadających niedokrewności postępowéj. Za takową przemawiały bowiem częste upusty krwi, powstanie choroby po czerwonce, wyraźne objawy przedmiotowe i podmiotowe niedokrewności i ogólnego osłabienia przy dość obficie utrzymanéj podściółce tłuszczowéj, stan podgorączkowy, nakoniec polepszenie się sił i podniesienie ciężaru ciała w przebiegu obserwacyi. — Przypadek nasz nie jest odosobnionym, gdyż w literaturze znajdują się podobne lubo nie zbyt liczne przypadki: Lebert (*Krankheiten des Magens*) przyznaje się, że w kilku przypadkach, w których rozpoznawał „niedokrewność esencyjonalną“ badanie pośmiertne wykazało raka w żołądku, a E. Wagner (*B. kl. W.* 1879 str. 619) opisuje podobny przypadek trudny do rozpoznania.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r.

V.

Trzy przypadki wypiłowania kości.

Podał Dr. Rydygier.

Niniejszém doniesieniem zakończamy nasze sprawozdanie opuszczając niektóre nawet ciekawsze przypadki, które może późniéj zużytkujemy.

I. nasz przypadek wypiłowania kości nie zasługuje na osobny opis; tyczy on się chorego, który po wyleczeniu zranienia stopy w maszynie zachował sterczącą kość śródstopową drugą ku podeszwie, tak że dla znacznych dolegliwości, powstających w skutek ucisku, nie mógł ani dłuższy czas stać, ani chodzić. Po wypiłowaniu wystającéj części kości ($^2/_3$ grubości 2 metatarsi) rana pod oprawą Listera szybko się zagoiła, a chory teraz nie czuje żadnych dolegliwości.

II. przypadek zasługuje na dokładniejszy opis: Groszewski Jan, 5 lat liczący, przed 5 tygodniami przez swego towarzysza ugodzony został kamieniem w głowę; po urazie zaraz upadł i przez 2 dni był bez przytomności. Rana opatrywana przez lekarza domowego zagoiła się po 4 tygodniach, mimo to nie przestał chłopak bez przerwy krzyczeć i skarżyć się na ból głowy w okolicy rany. Badanie, uskutecznione dnia 1 lipca 1879 r. w klinice, wykazało u chorego dziecka, ciągle stękającego, na lewéj stronie czaszki w okolicy *tuber. oss. pariet. sin.* bliznę około 6 cm. długą, w środku pod kątem zagiętą. W tém miejscu daje się wymacać zagłębienie kości. Z resztą spostrzegamy zéz zbieżny oka prawego i rozszerzenie źrenicy tegoż. Ciepłota 39,1°. Postanowiliśmy ranę na nowo otworzyć i wypiłować uciskającą część wtłoczonéj kości, a w razie danym otworzyć ropień mózgu, gdybyśmy takowy znaleźli, jak to przypuszczaliśmy, sądząc po gorączce znacznéj i innych objawach.

Operacyję wykonaliśmy po uśpieniu chorego w mgle karbolowéj w następujący sposób: Nacięcie skóry i części miękkich ponad wklęsłą kością; odłączenie okostnéj od kości wciśniętéj i przyległych brzegów. Wciśnięta kość ma postać klina, którego przedni ostry kąt najgłębiéj wbity i podsunięty pod brzegi przyległéj kości. Chcąc go podnieść potrzeba było brzegi wystające dłutem poobcinać. Gdy mimo to zachował skłonność do wciskania się w głąb, przecięliśmy dłutem jego podstawę, i całkiem go wyjęliśmy. Pod samym ostrym kątem znaleźliśmy guzik, wielkości wiśni, w oponie; po nacięciu wypłynęła odpowiednia ilość ropy; sączek; oprawa Listera.

Chory po operacyi przestał stękać, ale gorączka pozostała cokolwiek podwyższoną (wieczorem do 38,8°) a powoli w okolicy defektu tworzy się grzybowata wydatność tętniąca ponad otworem kości (*prolapsus cerebri* późniejszy, *spaeterer Gehirnvorfall*, Bergmann „*Die Lehre von den Kopfverletzungen*“ w Billrotha i Lückego *Chirurgie* pag. 530, także *Hernia cerebri* zwany). Przy następnych zmianach opatrunku nakłuwaliśmy kilkakrotnie ten *prolapsus* starając się natrafić na ropień, ale początkowo daremnie, aż po blisko 2 tygodniach szczęśliwie na takowy trafiliśmy; poczém wypłynęła wielka ilość ropy, a zgłębnik mogliśmy na 4 cm. do mózgu zapuścić w kierunku ku podstawie; do jamy włożyliśmy sączek, przez który dość znaczna ilość ropy w następnych dniach się wydziela, mianowicie jeżeli przy zmianie opatrunku ułożymy chorego na lewy bok z głową na dół pochyloną. Przy każdéj zmianie opatrunku wymywamy jamę 2% roztworem kwasu karbolowego i powoli sączek skracamy; oprawa Listera. Przez cały ten czas chory czuł się całkiem dobrze.

Dnia 29 sierpnia 1879 r. rana zupełnie się zagoiła; zéz ustąpił. Dnia 18 września 1879 r. po raz ostatni widzieliśmy naszego chorego, jest on zupełnie zdrowy. Na mały defekt w kości zaleciliśmy tymczasem kauczukową płytę.

Przypadek ten zasługuje z dwóch względów na uwagę: Raz że domniemany ropień mózgu rzeczywiście po trepanacyi się ukazał, chociaż dopiero po kilkakrotnych bezskutecznych próbach, a powtóre, że się zakończył wyzdrowieniem. Dotychczas nie zbyt wielką ilość podobnych przypadków znajdziemy opisanych w literaturze: albo po trepenacyi nie udało się znaleść przy nakłuciu ropnia albo też po otworzeniu ropnia chory umarł. (*cf.* Bergmann l. c. str. 525 i następne, gdzie autor o jednym własnym przypadku trepanacyi i dwukrotnego bezskutecznego nakłucia mózgu wspomina, a późniejsze badanie na zwłokach wykazało, że raz na prawo, a drugi raz na lewą stronę ropień chybił).

Przy téj sposobności podamy w ogólnych zarysach krótko wskazania do trepanacyi czaszki po urazie, którą to operacyję, jak wiadomo, dawniéj bardzo często wykonywano, późniéj bardzo ograniczono, a teraz w nowszych czasach, po zaprowadzeniu oprawy Listera, znowu częściéj zalecają. Ztąd trudno obecnie podać dokładnie wskazania do trepanacyi, kiedy jeszcze zdania się ścierają, a trudniéj jeszcze załatwić sprawę w kilku słowach.

1. Przy złamaniach czaszki, gdzie części miękkie i skóra ponad złamaniem są nieuszkodzone, należy się w ogóle wstrzymywać od trepanacyi. Wyjątki stanowićby mogły tylko takie przypadki,

gdzie zachodzi zdruzgotanie kości (*Splitterbruch*), przyczém cząstki nie pozostają w związku z resztą ciała i które odumrzeć muszą. Takie przypadki atoli bardzo często szybko się śmiercią kończą; z drugiéj strony zaś trudno rozpoznać zupełne odłączenie się odłamków nawet od części miękkich. Jeżeli późniéj odumrą i oddzielą się ziarniną, natenczas koniecznie trzeba, rozumie się, je wydalić przez nacięcie skóry. Daléj możnaby zrobić wyjątek od powyższego ogólnego prawidła przy złamaniach, gdzie ostre końce odłamka drażnią mózg, gdyby podobne przypadki, z resztą bardzo rzadko się zdarzające, na pewno rozpoznać można. Najczęściéj takie złamania powstają skutkiem uderzenia ostremi ciałami, a ztąd zwykle i skóra bywa zranioną.

2. Złamania kości czaszki w liczne odszczepy, połączone z zranieniem części miękkich (*complicirte Splitterfracturen*), wymagają wydalenia odszczepów, a jeżeli te są podsunięte, trepanacyi.

3. Nie wymagają trepanacyi złamania obszerniejsze połączone z zranieniem skóry (*complicirte, verbreitete Knochenbrüche*) choćby wtłoczone. Zabiegi nasze lecznicze powinny się tu ograniczyć do zwykłych przy złamaniach komplikowanych z resztą teraz używanych środków: oczyszczać dokładnie ranę, wymyć 5% rozczynem kwasu karbolowego, poodcinać zmiażdżone strzępki, nareszcie tu lub owdzie wystający ostry koniec kości ogładzić, sączki odpowiednio założyć, zeszyć jeżeli można skórę, i założyć oprawę Listera, — to nasze zadanie.

4. Przerwanie naczyń czaszki i krwotoki z nich połączone ze zranieniem skóry wymagają trepanacyi, jeżeli na miejscu zranienia nie są przystępne.

Podwiązaniu lub okłuciu (*Umstechen* Hüter) należy się tu pierwszeństwo przed uciskiem rozmaitemi kleszczykami (*Compressorium*) n. p. Graefego.

5. Również wskazują zranienia naczyń w czaszce trepenacyję, chociaż skóra jest nietkniętą (*nicht offene Blutungen*), jeżeli tylko nam się uda rozpoznać zranienie naczynia. Objawy ucisku mózgu występujące dopiero po pewnym czasie po zranieniu i powoli się wzmagające, oraz miejsce zranienia, odpowiadające przebiegowi tętnicy czaszkowéj, mogą posłużyć do rozpoznania.

6. Nareszcie należy ropień mózgu bezwarunkowo uważać za wskazanie do trepanacyi. Częstszemu wykonaniu téj operacyi na podstawie tego wskazania przeszkadza nieraz trudność w rozpoznaniu.

III. przypadek tyczy się wypiłowania prawéj połowy dolnéj szczęki, oraz wycięcia części odpowiedniéj wargi i policzka, części zajętych rakiem. W grudniu 1878 r. wycięto gdzieindziéj raka dolnéj wargi, po 3 miesiącach nastąpiła recydywa, a w lipcu 1879 r. wykonaliśmy powyższą operacyję. Defekt części miękkich, dość znaczny, dał się zupełnie pokryć przez przesunięcie płatów i cała rana w przeciągu 20 dni się zagoiła, bez znacznego zeszpecenia chorego. Po upływie 3 tygodni opuścił chory nasz zakład, a mógł już wtenczas bez trudności jeść płynne potrawy. Późniéj dowiedzieliśmy się, że chory umarł na recydywę.

Dodajemy przy téj sposobności, że w ogóle na 11 operacyj raka zauważyliśmy w 7 przypadkach recydywę po dość krótkim czasie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **Lehrbuch der gerichtlichen Medicin**, II. Auflage, II Hälfte, Wien 1880, Urban et Schwarzenberg, in 8vo, str. 401—867, z 35 rycinami.

Pół roku zaledwie minęło, odkąd pojawiła się 1sza połowa 2go wydania dzieła prof. Hofmanna (omówiona w Nr. 24 z r. b.), a już możemy zdać sprawę Czytelnikom Przeglądu Lek. z połowy 2iéj, i zwrócić ich uwagę na dzieło to znakomite, które dopiero za dni kilkanaście okaże się w handlu księgarskim. Nadzieja, wypowiedziana w ocenie części 1éj, że dzieło prof. H. w wydaniu 2giém nie będzie już kadłubem, lecz wierném odzwierciedleniem całéj nauki naszéj, ziściła się w zupełności, bo ostatni bardzo obszerny rozdział (130 stronnic zajmujący) traktuje o psychopatologii sądowéj, któréj brak w 1ém wydaniu mocno czuć się dawał. Zanim z kolei przejdziemy do rozbioru tego ważnego działu, wspomnieć nam wypada o zmianach, które spostrzegliśmy w rozdziałach innych, w téj połowie się mieszczących. Nasamprzód spotykamy się z rycinami, z których 4 odnoszą się do badania włosów, 4 inne zaś do szczelin w czaszce noworodka, polegających na wadzie kostnienia, 2 inne znów do strangulacyi; ryciny te wyjęte są z rozpraw autora, przed kilku laty ogłoszonych. Sześć rycin służy do uzmysłowienia złamań czaszki za pomocą młota, według własnych preparatów; najwięcéj zaś, bo 17 rycin, odnosi się do śmierci z powieszenia. Z nich jedna wyjaśnia, w jaki sposób postronek na szyję założony wywołuje z jednéj strony zamknięcie dróg oddechowych, a z drugiéj ucisk dużych naczyń krwionośnych na szyi; dwie uzmysławiają przebieg brózdy na szyi powieszonego, a reszta rozmaite położenia, w których zmarłych z powieszenia się napotyka. Z tych 17 rycin 11 wyjętych jest z dzieła Tardieua o powieszeniu, reszta zaś odpowiada przypadkom przez autora spostrzeganym. Wreszcie dwie mniéj potrzebne ryciny przedstawiają płuco noworodka i jądro kostne w nasadzie dolnéj kości udowéj płodu donoszonego.

Jak w połowie 1széj, tak i w niniejszéj w rozdziałach poszczególnych nie można było spodziewać się zmian znaczniejszych, skoro dwa lata zaledwie ubiegły od chwili ukazania się wydania 1go; ale za to uwzględnione zostało wszystko, co tylko w ostatnich dwóch latach na polu medycyny sądowéj, a nawet w innych dziedzinach lekarskich, się ukazało, jeżeli tylko z medycyną sądową jakąś miało styczność. Naprózno oglądalibyśmy się za jakiémś pominięciem pracy ważniejszéj, i zaprawdę podziwiać należy niezwykłą skrzętność i sumienność w zestawieniu literatury; pracowitości téj autor zresztą w każdéj swéj pracy składa dowody. Uwzględniwszy z jednéj strony prace obce, wzbogacił autor z drugiéj strony wydanie niniejsze wszystkiemi ważniejszemi przypadkami sądowo lekarskiemi, w które zwłaszcza metropola austryjacka obfituje. Z tych przypadków zasługują na szczególną uwagę: przypadek badania włosów (str. 407), przedarcie mięśnia sutkomostkowego u człowieka, który odebrał sobie życie przez powieszenie (str. 481), oderwania się powrozu śród wieszania i śmierć z pęknięcia kości czaszkowych (str. 489), dwa przypadki samozduszenia się (str. 503), przypadek otrucia kilkunastu osób gazem świetlnym, który zdarzył się we Lwowie, a opisany został przez kol. Feigla w rozprawie o otruciu gazem tlenku węgla (co do przypadku tego obrona zasięgnęła opinii naszéj a następnie prof. Hofmanna), daléj przypadek dzieciobójstwa, w którym obwiniona twier-

działa, że dziecku swemu martwo-urodzonemu sama powietrze wdmuchiwała (str. 643). Oprócz licznych drobnych zmian zasługują na uwagę dodatki większe w dziale o otruciu (otrucie kw. szczawiowym str. 377, solami barowemi str. 390, benzyną i petrolejem str. 603, o otruciu gazem świetlnym str 605), daléj dodatek o tłuszczowosku (str. 715) i krótka wzmianka o ptomainach (str. 571). Wreszcie mówiąc o śmierci skutkiem rażenia piorunem zwraca uwagę, że rodzaj ten śmierci może czasem mieć znaczenie sądowo-lekarskie. Wzmianka ta, oraz przytoczenie dwóch przypadków odnośnych, przypominają nam przypadek przytoczony w pierwszém dziele sądowo-lekarskiém Fortunata Fidelisa: *„Iter extra urbem simul sodales faciebant; oborta tempestate unum ex his fulmen confecit; hujus propinqui miserum illum a suis sodalibus perditum enectumque fuisse suspicati, jure egerunt, ut digna de eis poena sumeretur; nec antea illi judicio soluti sunt, quam per medicorum relationes constitit, fulmine illum neque aliter fuisse percussum“*. (*De relationibus medicorum*, księga IV, rozdział ostatni). (Dok. n.)

Prof. F. A. Falck (w Kielu): **Lehrbuch der prakt. Toxikologie**, Stuttgart 1880, F. Enke, in 8vo, str. 340 (cena 8 marek).

Książkę tę, która przed kilku tygodniami dopiero opuściła prasę, sumiennie polecić możemy lekarzom i słuchaczom medycyny, dla których autor ją przeznaczył. Stanowi ona dobry podręcznik zwłaszcza dla lekarzy sądowych, ponieważ autor wszędzie uwzględnia ich potrzeby. Składa się z części ogólnéj, w któréj znachodzimy bardzo praktyczne uwagi nad działaniem trucizn, rozpoznaniem i sądowo-chemicznêm dochodzeniem otrucia oraz nad jego leczeniem, — i z części szczegółowéj, w któréj autor przechodzi wszystkie otrucia, z któremi w praktyce mamy do czynienia. Przy każdéj truciznie podane są własności jéj chemiczne i fizyczne, pochodzenie, stosunki etyjologiczne i statystyczne, daléj symptomatologija, bieg i leczenie, wreszcie wyniki doświadczalne i sposoby dochodzenia sądowego. W dodatku znajdujemy tablicę, obejmującą wykaz dawek największych według farmakopei niemieckiéj oraz dawek najmniejszych, które stały się już przyczyną śmierci tak u dorosłych jakoteż u dzieci. Literaturę zna autor dokładnie, szkoda tylko, że podając wszędzie nazwiska autorów nie podaje zarazem i czasopism, w których prace ich zamieszczone były.

Powtarzamy, że dzieło Falcka odpowiada potrzebie lekarzy praktycznych i sądowych i uwzględnia prace nawet najnowsze; niema ono jednak téj wartości naukowéj co toksykologija Hermanna, która pod względem teoretycznym stoi nierównie wyżéj i świadczy o samodzielności, podczas gdy książka w mowie będąca uchodzić może co najwięcéj za zręczną kompilacyję. Uderzającą jest tylko jedna okoliczność: otóż autor podaje przy każdém otruciu wynik oględzin pośmiertnych, jednak nawet przy otruciach często się zdarzających i pod względem anatomo-patologicznym dobrze znanych, jak np. przy otruciu kwasem siarkowym, tlenkiem węgla itd., powołuje się tylko na opisy cudze, a używając wyrazów: „podają, opisują“, tém samém zdradza, że sam sekcyi podobnéj nie widział. A przecież autor nie jest chemikiem, lecz lekarzem i profesorem na wydziale lekarskim w Kielu. *L. B.*

Alt. A. Compendium der normalen und pathologischen Histologie des Auges. Wiesbaden, 1880. Ocenił Dr. E. Machek.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

6) Stellwag opisał w swojéj oftalmologii przypadki osyfikacyi blizn rogówkowych, czego oprócz niego dotąd nikt nie stwierdził. Autor znalazł złogi wapna złożone w sam miąższ rogówki, i to w ten sposób, iż złogi tworzą długie smugi, zkąd wnosi, iż wapno pozostało w patologicznie wytworzonych naczyniach.

7) Kanał Schlemma, a względnie komunikacyja tegoż z przkodkową komórką, ma w okulistyce klinicznéj donioślejsze znaczenie, odkąd istnieje teoryja jaskry podana przez Kniesa i Webera. Zdaniem Alta istnieje niezawodnie *plexus venosus* Lebera, ale także i kanał Schlemma, jak twierdzili Schwalbe i Waldeyer. Komunikacyja da się bardzo dokładnie wykazać, gdyż na pewnych przecięciach widać, jak przybłonek przodkowéj komórki w dalszym nieprzerwanym ciągu wyściela przewody prowadzące do kanału Schlemma, a wreszcie i sam kanał.

8) W dwóch przypadkach rozpoczynającego się zaniku gałki ocznéj widział autor w naczyniach twardówkowych i przodkowych rzęskowych takie zmiany mikroskopijne, które zdaniem jego za tém przemawiają, że nie wszystkie naczynia zanikają, lecz że także niektóre biorą czynny udział w wytwarzaniu się tkanki łącznéj, czyli że z komórek naczyń wytwarza się tkanka łączna. Przybłonek naczyń przez dzielenie się jąder i powiększenie komórek zajmuje całe prawie światło naczyń. Tu i owdzie znachodzi autor nawet komórki olbrzymie mieszczące w sobie 6 do 15 jąder. Niektóre komórki mają wyraźnie kształt podłużny, wrzecionowaty.

9) Dotąd wątpliwą jest rzeczą, a żali cała przodkowa ściana tęczówki jest wyścielona przybłonkiem. Faber twierdził, że jest wyścielona i że przybłonek dochodzi aż do brzegu źrenicznego zapuszczając w sam obręb źrenicy brodawkowate wypustki. Inni twierdzili, że tylko miejscami znajduje się przybłonek (Arnold) i opisali bardzo dokładnie jądra i dachówkowate ułożenie przybłonka. Sprzeczności powyższe autor wyjaśnia w ten sposób, że przybłonek bardzo łatwo odpada, tak że tylko na świeżych preparatach da się wykazać.

10) Iwanow pierwszy na to zwrócił uwagę, że w oczach krótkowidzących przeważają podłużne włókna mięśnia rzęskowego, w oczach zaś nadmiarowych okrężne — prawda że nie bez wyjątku. Spostrzeżenia te nie dały się zużytkować w celu wyjaśnienia teoryi o akomodacyi, owszem one mówią w części przeciwko obecnie przyjętéj teoryi (Donders, Loring). Podłużne włókna służą przeważnie na to, aby zwolnić obwódkę Zinna. Hypermetrop musi silnie akomodować a więc według teoryi fizyjologicznéj przerostu tych mięśni, które często się kurczą, powinny u hypermetropów włókna podłużne być dobrze rozwinięte. Tego anatomiczne badania nie wykazują, lecz jak wspomnieliśmy, rzecz zupełnie przeciwną. Autor sądzi, że już samo wydłużenie gałki ocznéj wystarcza, aby przeważały włókna podłużne, czém tłumaczy to, co znachodzimy u myopów. Na dowód, iż tak jest, przytacza, że w oczach, gdzie było *Staphyloma ciliare*, zawsze, a w oczach gdzie było *Staphyloma corneo-sclerale* często napotykał taki stosunek pomiędzy włóknami okrężnemi a podłużnemi jak u myopów, chociaż zresztą budowa oka była prawidłowa. Autor sądzi, że przewaga podłużnych włókien u myopów ztąd pochodzi, iż się oko u nich wydłuża a nie pozostaje w związku z akomodacyją. Autor znalazł także w oczach noworodków o miarowéj budowie bardzo rozwinięte włókna podłużne mięśnia rzęskowego. Być może, iż to są oczy, w których późniéj byłaby się rozwinęła myopia postępowa.

11) Wiadomo, iż Schmidt-Rimpler, a w monografii swojéj o chorobach naczyniówki także i Wecker (Graefe i Saemisch IV), nie odróżniają surowiczego zapalenia naczyniówki od jaskry zapalnéj. Autor na podstawie badań histologicznych dowodzi, że rozróżnienie anatomiczne tych chorób jest możebne. W przypadkach jaskry, w przeważnie większéj ilości przypadków, nie można znaleźć zmian patologicznych (?) w naczyniówce. Zapalenia zaś surowicze cechują pewne zmiany, których niewątpliwe wykazanie, zdaniem naszém, ulega wielkim trudnościom. Autor twierdzi, iż zawsze znachodzi przekrwienie naczyń naczyniówkowych, a przeważnie żylnych, które obejmują całą naczyniówkę, albo tylko pewną część téjże, a szczególnie grubsze naczynia żylne. W tkaninie naczyniówkowéj znachodzi on wydzielinę surowiczą, nawet i w nieświeżych okazach, która zdaniem jego za życia zapewne zawsze się tam znajduje. Ciecz surowiczą napotyka on przeważnie w wewnętrznych warstwach naczyniówki, a mianowicie pomiędzy *lamina vitrea* a przybłonkiem, albo pomiędzy tymże a siatówką, a nawet w obwodowych częściach ciałka szklanego. Można śmiało twierdzić, że podane przez autora cechy nie wystarczają, aby anatomiczne rozróżnienie wyżéj wspomnianych spraw chorobowych przeprowadzić, a to tém mniéj, że rozpoznanie przekrwienia i wydzieliny surowiczéj bardzo często należy do najtrudniejszych rozpoznań mikroskopijnych, jeżeli już nie w zakres tych, w których dowolność i powaga badającego rozstrzyga.

Nakoniec dodać musimy, że nas dziwi, iż książka ze wszech miar ciekawa, mająca wartość naukową, która wreszcie jako kompendium była na czasie, pomimo to, iż ją blisko od roku w naszych rękach mamy (wyszła jeszcze w październiku 1879), nie znalazła w literaturze niemieckiéj dotąd należytéj oceny.

Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office, United States Army. Authors and Subjects. Vol. I. A. — Berliński. With a List of abbreviations of titles of periodical indexed. Washington. Government Printing Office 1880.

Bardzo wielka 8ka, str. VI. (126), 888.

Pod tym tytułem wydał naczelny urząd lekarski armii Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnéj pierwszy tom katalogu dzieł lekarskich swéj biblijoteki. Publikacyja ta, która sądząc z tomu pierwszego dojdzie niewątpliwie do olbrzymich rozmiarów, przechodzi swą formą zewnętrzną i układem umiejętnym wszystko, co dotychczas, według naszych przynajmniej wiadomości, zrobiono w zakresie biblijografii lekarskiéj, lubo nie rości sobie pretensyi do zupełnéj dokładności będąc po prostu tylko katalogiem biblijotecznym. Przytoczymy kilka dat na poparcie naszego twierdzenia. Spis pism czasowych zajmuje 126 stronnic bitego druku; po nim idzie spis dzieł i artykułów rozrzuconych po najrozmaitszych pismach peryjodycznych, ułożony w ten sposób, że w porządku abecadłowym idą po sobie autorowie i przedmioty, w tych poddziały naukowe, a w tych ostatnich dopiero spis prac według porządku abecadłowego autorów. Spis ten obejmuje w tomie, z którego zdajemy sprawę, 888 stronnic bitego druku we dwóch szpaltach. Przykład najlepiéj objaśni o ogromie podjętéj pracy i zamożności biblijoteki. Tak np. na str. 564 rozpoczyna się artykuł *arsen*: naprzód idzie chemija i farmacyja, następnie działanie fizyjologiczne i terapeutyczne, sposoby przekonania się o obecności arsenu, daléj toksykologija, odtrutki, zatrucie przez wdychanie i wogóle używanie zewnętrzne, o arsenie w rzemiosłach i sztukach, nakoniec o ludziach jadających arszenik, tak że biblijografija arsenu pod względem lekarskim kończy się na str. 579 i obejmuje 16 stronnic. Cały tom obejmuje 9090 nazwisk autorów, koło 9000 tytułów dzieł osobnych i 34,604 tytułów prac w pismach peryjodycznych. Nie potrzebujemy dodawać, iż co się tyczy piśmiennictwa polskiego, praca jest nader dokładną z tytułami dzieł i rozpraw po polsku, a w nawiasie po angielsku.

Forma zewnętrzna dzieła, o którém mowa, jest pod każdym względem tak świetną, iż wobec niéj wstydzić nam się wypada zaprawdę z naszemi wydaniami europejskiemi i uznać z pokorą na widok przerzeczonego katalogu, iż daleko staréj Europie do postępu i przepychu sztuki typograficznéj w Ameryce.

Nie wątpiąc, iż cały świat lekarski z największém uznaniem powita pracę, z któréj zdajemy sprawę, oczekujemy z niecierpliwością dalszych tomów, a tymczasem niech nam wolno będzie za nadesłanie dzieła, o którém mowa, złożyć w imieniu tak Redakcyi *Przeglądu Lekarskiego* jak i Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, jako właściciela „Przeglądu“, Naczelnemu Urzędowi Lekarskiemu Armii Stanów Zjednoczonych jak najserdeczniejsze podziękowanie, a wobec autorów i wydawców prac lekarskich polskich wyrazić nadzieję, że w interesie tak własnym jak i piśmiennictwa ojczystego będą posyłali swe prace do biblijoteki, któréj katalog pod każdym względem tak znakomitą i cenną stanowi publikacyję. *D.*

Prof. Fürbringer: **Przyczynek do wiedzy o białkomoczu przy nerkach zdrowych.**

Znane powszechnie są przypadki białkomoczu u ludzi zresztą zupełnie zdrowych bez wyraźnego cierpienia narządu moczowego. Nie brakuje téż spostrzeżeń tego rodzaju w literaturze (J. Vogel, Ultzmann, Dukes, w ostatnich czasach Leube i Edlefsen). Mniejsza lub większa ilość białka, różna w rozmaitych porach dnia, krótszy lub dłuższy przeciąg czasu pojawiania się, wreszcie zupełne zniknięcie tegoż, to są wspólne cechy opisanych przypadków. Sprzeczność zachodzi tylko w racyjonalném tłumaczeniu tego ze wszech miar ciekawego objawu. Zmienione stosunki difuzyi w błonach przepuszczających, zmianę krążenia w nerkach (Vogel), chemiczne zmiany samego moczu, nieprawidłowy stan innerwacyi nerek (Ultzmann) podawano jako przyczynę tego rodzaju białkomoczu.

Pierwszy Edlefsen, opierając się na pracach Rankego i Runeberga, uwzględniając osiągnięte w nich wyniki: „że przesiąkanie białka odbywa się w kłębkach Malpighiego, że takowe pojawia się przy zmniejszeniu ciśnienia krwi w pętlach naczyniowych lub zwiększeniu parcia w kanalikach moczowych“ — uwzględniając daléj poczynione własne obserwacyje, stwierdzające białkomocz po nasileniach ciała i to u ludzi bezkrwistych, na tych szczegółach opiera swoje tłumaczenie. Czynność mięśni odprowadza pewną ilość krwi z organizmu, a w takim razie parcie krwi w tętnicach, tém samém i kłębkach, zmniejszyć się musi; nadto praca mięśniowa u ludzi bezkrwistych pociąga za sobą przyspieszenie czynności serca, nagromadzenie znaczniejsze krwi w małém krążeniu a w następstwie przepełnienie żył otaczających kanaliki moczowe, tém samém ich zwężenie, przez co musi powstać parcie wsteczne ze strony moczu. W ten sposób, zgodnie z prawami przesiąkania białka wedle Runeberga, objaśnił Edlefsen to zjawisko.

Autor, który spostrzegał z całą ścisłością znaczniejszą ilość przypadków białkomoczu u ludzi zdrowych i kilka z nich w całości w swéj pracy przytacza, doszedł do przekonania, że ze wszech miar trafne tłumaczenie Edlefsena nie jest wszakże wystarczającém. Przedewszystkiém zwróciły uwagę autora dwa bodźce stale wywołujące lub przynajmniéj powiększające ilość ukazującego się białka: wzruszenia asteniczne, przytłumiające (przestrach, żal, boleść) i gwałtowne nasilenia ciała. Ilość moczu w razie wystąpienia lub zwiększenia ilości białka była zawsze mniejszą, mocz więcéj wysycony. Wszelkie wzruszenia przytłumiające zmniejszają energiję serca, wywołują ogólny kurcz tętnic (twarz zapadła, bladość skóry i błon śluzowych, tętno sprychowe nikłe), zaczém iść musi zmniejszenie parcia krwi w kłębkach Malpighiego, a przepełnienie żył nerkowych, gdyż jak doświadczenie uczy, ustępująca krew właśnie gromadzi się w żyłach: *coeliacae, mesaraicae* i *renales*. Są więc warunki do pojawiania się białka w moczu skąpym, wysyconym.

Edlefsen rozebrał przypadki białkomoczu po nasileniach ciała u ludzi bezkrwistych; autor spostrzegając białkomocz z téjże saméj przyczyny u ludzi zupełnie zdrowych i u dzieci, gdzie żaden z obu wyż wspomnianych czynników wykazać się nie dał, bacząc daléj na zmienność w pojawianiu się białka, przychodzi do następujących wniosków:

1) Przechodzenie białka w mocz ludzi zdrowych zależy z wszelkiém prawdopodobieństwem od zmniejszenia się parcia krwi w kłębkach;

2) przypuścić wypada pewną osobniczą drożność błon bez głębszych zmian anatomicznych, nie mniéj

3) pewne wpływy nerwowe, które najrychléj chwilowe pojawienie i ustępowanie białka wytłumaczyć mogą. (*Zeitschrift f. klin. Med. I. Bd.*) *Dr. K. Bossowski.*

A. Praetorius: **O działaniu chlorku pilokarpinu w mocznicy.**

Wobec panującéj teraz epidemii płonicy i sporu między powagami lekarskiemi co do działania pilokarpinu, sądzę, że na czasie będzie zdać w krótkości sprawę z pracy Praetotoriusa, asystenta prof. Kothsa w Strassburgu, traktującéj o działaniu pilokarpinu i wynikach leczniczych tegoż w mocznicy, w formie wstrzykiwań podskórnych użytego.

Przeszedłszy pokrótce historyję pilokarpinu i jego rozpowszechnienie, autor przystępuje do tłumaczenia jego działania farmakodynamicznego, szczególniéj nacisk kładąc na wyniki badań Bardenhewera i Leydena, Demmego i Zielewicza którzy pierwsi określili oddziaływanie ustroju dziecięcego na pilokarpin. Daléj rozwodzi się nad wynikami użycia tego środka w mocznicy przez innych badaczy jak Boegeholda, v. Brunsa i Kurtza.

Działanie pomyślne pilokarpinu w mocznicy uzasadnia on w sposób następujący (na podstawie teoryi powstania mocznicy Traubego-Rosensteina, według których przyczyną mocznicy ma być hydremija z następowym uciskiem naczyń włosowatych mózgu i podniesioném ciśnieniem w systemie tętniczym): Pilokarpin według badań Leydena działa drażniąco na ośrodki nerwów rozszerzających naczynia, w skutek czego następuje zwolnienie napięcia ścian naczyń, ztąd trudniejsze przepacanie się surowicy a następnie zmniejszenie ciśnienia przepoconéj surowicy na naczynia włosowate mózgu; zwiększając zaś światło naczyń obwodowych, zmniejsza ciśnienie w systemie tętniczym, działa przeto odwodząco.

Tak pogodziwszy teoryję Traubego, Rosensteina z badaniami Leydena, P. przystąpił do przekonania się na chorych, czy ta teoryja da się także w praktyce spożytkować. Przedmiotem badań było 11, dzieci w wieku od 4 do 14 lat, u których po płonicy wystąpiło zapalenie nerek z następową mocznicą. Z tych 11tu chorych 6 wyzdrowiało zupełnie po jedno- lub trzechrazowém wstrzykiwaniu pod skórę pilokarpinu w ilościach od 0,002 do 0,02 gr. odpowiednio do wieku i stanu odżywienia chorego. Tę liczbę pomyślnych wypadków P. uważa za bardzo korzystną wobec prawie wszystkich śmiertelnie się kończących przypadków mocznicy przy inném leczeniu w téjże saméj klinice.

Z reszty pięciu przypadków umarł jeden z zapalenia płuc, drugi z zapalenia otrzewnéj, trzy zaś ostatnie, jakto mikroskopijne badanie wykazało na zapalenie warstwy korowéj nerek.

Zważając najwięcéj na funkcyje nerek śród działania pilokarpinu, dostrzegł autor, że nie w wszystkich 11tu przypadkach nastąpiło natychmiastowe przyspieszenie wydzielania moczu, w niektórych bowiem ilość wydzielonego moczu dopiero w drugim lub trzecim dniu po zastrzyknięciu zwiększała się, z czego wnosi (niezgodnie ze zdaniem Demmego i Zielewicza), że pilokarpin nie wywiera bezpośredniego wpływu na czynność nerek.

Wreszcie wnosi: *a*) że pilokarpin daje wszelkie szanse pomyślnego skutku w mocznicy, zaraz w początkach téjże użyty, t. j. przy zmniejszonéj ilości moczu, bólu głowy i wymiotach, przyczém możliwe zapady radzi usuwać koniakiem lub lotnikiem; *b*) że współcześnie występujące inne komplikacyje nie stanowią przeciwwskazania do tego użycia (tyczy się to przypadku mocznicy powikłanego z zapaleniem płuc nieżytowém, gdzie pilokarpinu z pomyślnym skutkiem użyto); *c*) że pomimo ujemnych wyników w trzech przypadkach mocznicy, wywołanéj przez zapalenie nerek korowe, nie widzi przyczyny zaniechania użycia pilokarpinu, gdyż trudno za życia rozeznać, z jaką formą zapalenia nerek mamy do czynienia. (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde. XV 3/4 Bd. 1880.*)

Dr. W. K.

Prof. Langenbeck: **O oprawach tripolitowych.**

Dnia 7 listopada rb. miał prof. L. wykład w Towarzystwie lekarskiém w Berlinie, zalecający do ustalających przyrządów i opraw nowy materyjał, lepszy i trwalszy od gipsu. Jest nim t. zw. tripolit, kamień zastosowany do robót sztukateryjnych i dekoracyjnych najpierw przez Schenka w Heidelbergu, a wystawiony i odznaczony na wystawach w Brukseli i Mannheimie, jako materyjał lżejszy od gipsu i opierający się lepiéj wpływom wilgoci i powietrza. Zastosowanie w chirurgii zawdzięcza przypadkowi: gdy bowiem ajent z fabryki Schenka złamał był sobie kość ramieniową a prof. Krönlein założył mu oprawę gipsową, którą już po kilku dniach musiano zmienić, zaproponował tenże Krönleinowi zastąpienie gipsu tripolitem, z którego też zaraz oprawę zrobiono. Odtąd używano go często w klinikach berlińskich, a L. w prywatnéj praktyce kilka razy miał sposobność przekonać się o jego wartości. Tripolit składa się przeważnie z wapienia i krzemu i przedstawia szary proszek bardzo miękki i delikatny z wodą łatwo na papkę rozrobić się dający; do opraw i przyrządów ustalających używa się go w ten sam sposób co gipsu, tylko opasek gazowych wypełnionych tripolitem nie należy długo trzymać w wodzie, a do rozrobienia masy nie używać dużo wody.

Zalety, jakie posiada tripolit przed gipsem, są następujące:

1) Tripolit przyciąga z powietrza mniéj wilgoci i dłużéj może być bez szkody narażony na działanie powietrza;

2) Oprawy z tripolitu są lżejsze i dla chorych przyjemniejsze; przy równéj objętości oprawa gipsowa ważyła 604 grm. a tripolitowa 5C8 grm., po 5 zaś tygodniach gipsowa 470 gr. a tripolitowa 413 grm.;

3) Oprawy z tripolitu prędzéj tężeją, bo gdy gips potrzebuje co najmniéj 10—15 minut do wyschnięcia a w razie wilgoci nawet po kilku godzinach jest jeszcze miękkim, twardnieje tripolit zawsze po 3—5 minutach;

4) Tripolit po wyschnięciu i stężeniu nie zmienia się wcale w wodzie i wody więcéj nie przyjmuje, dla tego chorzy z oprawą tripolitową mogą się wygodnie kąpać, jeżeli tylko przeszkodzimy za pomocą opaski gumowéj dostaniu się wody pod oprawę;

5) Tripolit jest nieco tańszy (kilo o 4 fenigi) od gipsu. *(Berl. klin. Woch. Nr. 46).* *Dr. T. W.*

Prof. Mosetig-Moorhof: **Doświadczenia z jodoformem przy opatrywaniu ran pooperacyjnych.**

Każdemu chirurgowi znane są przypadki, które, po wykonaniu operacyi, najczęściéj resekcyi z powodu miejscowéj sprawy gruźliczéj w kości albo guza białego w stawie, w pierwszym, a nawet drugim, tygodniu po operacyi wyglądają bardzo pięknie i każą się spodziewać zagojenia *per primam,* w dalszym przebiegu zawodzą nasze oczekiwania i na pozór bez żadnéj przyczyny przybierają niedobre wejrzenie, a mianowicie w trzecim lub czwartym tygodniu rana lekko obrzmiewa, brzegi jéj czerwienieją lub sinieją, granulacyje dawniéj żywo czerwone więdną i nieco sinieją lub pokrywają się żółtawo białym osadem i łatwo krwawią, z otworów, któremi dreny przeprowadzono, wypływa wydzielina rzadka, serwatkowata, czasem mocno cuchnąca i mięszająca się z gęstą wydzieliną ropną na powierzchni się tworzącą, chory uskarża się przy każdéj zmianie opatrunku na silne bóle, jedném słowem występują objawy, które aż nadto świadczą że w głębi rany, najczęściéj w kości, rozwija się na nowo sprawa gruźlicza. Otóż w takich przypadkach, opierających się zwykle wszelkim zabiegom leczniczym i kończących się bardzo często odjęciem odnogi, zaczyna prof. M. używać jodoformu, chcąc się przekonać, czy jodoform potrafi wybuchowi wtórnemu sprawy gruźliczéj lub zapalnéj (tak zwanéj *fungöse Entzündung*) zapobiedz lub ją ograniczyć, powtóre czy wessany przez ranę nie wywoła w ustroju szkodliwych następstw. Stosuje go zaś w ten sposób, że sproszkowanym jodoformem posypuje całą ranę za pomocą szpatułki lub łyżeczki aż do zupełnego jéj pokrycia, na to kładzie watę Brunsa, obwija wreszcie całą ranę papierem gumowym, pozostawiając taki opatrunek w spokoju, dopóki nie przesiąknie; jeżeli z rany prowadzą zatoki w głąb do stawu lub kości drążące, wprowadza proszek do wnętrza tychże za pomocą *porte-remède.* Sądząc z przypadków dotychczas do doświadczeń użytych i w niniejszéj pracy przytoczonych, rezultaty M. można nazwać pomyślnemi, a spostrzeżenia wykazały, że po założeniu opatrunku jodoformowego chorzy nie skarżyli się nigdy na ból, w żadnym przypadku nie wystąpiły objawy zatrucia jodowego, chociaż jod w moczu dał się stale wykazać, gojenie się rany postępowało zawsze bez gorączki, wydzielina była skąpa i tylko surowicza, róży lub innéj choroby przyrannéj nie było, a opatrunek, zwłaszcza dobrze przylegający, można było zostawić przez 2 do 3 tygodni. (*W. mediz. Wochenschr.* Nr. 44, 45, 46). *Dr. T. W.*

Prof. Schrötter. **O zwężeniach tchawicy.**

Zwężenia tchawicy bywają dwojakie: jedne powstają przez ucisk na tchawicę od zewnątrz, przyczyną drugich bywa cierpienie ścian tchawicy. Zwężenie pierwszego rodzaju wywołuje najczęściéj powiększony gruczoł tarczykowy, a mianowicie małe, głęboko położone, guzy tegoż, nieraz zaledwo dostrzegalne, sprawiają najsilniejsze zwężenie, a uciskiem swym sprawiając zmiękczenie pierścieni chrząstkowatych zamieniają tchawicę na miękki worek, przedstawiając podobieństwo do pochwy od szabli; rzadszą przyczynę zwężenia stanowią tętniaki, które przy obecnym sposobie badania wziernikiem można wykazać wcześniéj, zanim wystąpią inne objawy tętniaka przez opukiwanie i słuchanie wybadać się dające; najrzadziéj zwężają tchawicę guzy śródpiersia *(in mediastino),* raki w przełyku albo téż ropnie i zapalne obrzęki gruczołów limfatycznych w pobliżu tchawicy się znajdujące. Tę formę zwężeń opracował dokładnie Türck i jemu téż należy się zasługa wydoskonalenia tracheoskopii, bez któréj ani myśleć można o dokładném rozpoznaniu przyczyny zwężenia.

Drugi rodzaj zwężeń, rozwijający się na podstawie sprawy chorobowéj w ścianach tchawicy, należy do rzadszych. Czasem obce ciała bywają ich przyczyną, które raniąc nieraz ścianę tchawicy wywołują głębokie wrzody, pozostawiające po wygojeniu zwężające blizny; w bardzo podobny sposób powstają wrzody z powodu ucisku rurki tchawicowéj a brzegi ich wyniosłe i ziarninowe bardzo łatwo zwężać mogą tchawicę i nie pozwalają na usunięcie rurki. Przerost błony śluzowéj lub ograniczone wybujałości, powstające przy przewlekłym śluzoropotoku tchawicy Störcka, blizny po ospie, błonicy, a bardzo często po wrzodach kiłowych, wreszcie nowotwory pierwotne w krtani (Papilloma, Sarcoma lub Carcinoma), oto dalsze i liczne przyczyny wywołujące zwężenie tchawicy. Leczenie zwężenia polega na zakładaniu do tchawicy rurek długich, najprzód przez Trousseaua podanych, a przez Billrotha i Königa zmodyfikowanych, w nagłym przypadku wystarczy założenie do tchawicy zwykłego szerokiego cewnika elastycznego; w razie istniejącego tętniaka należy cewkę bardzo ostrożnie wsuwać; powiększony gruczoł tarczykowy, sprawiający zwężenie, należy wyjąć. Wykład swój objaśnił S. licznemi okazami tak chorych, jak i preparatów. (*W. mediz. Blätter* N. 47). *Dr. T. W.*

Prof. Czerny: **Przypadki wycięcia kawałka kiszki** *(resectio intestini).*

(Dokończenie. Patrz Nr. 48.)

Przypadek III wycięcia z pomyślnym skutkiem dwóch kawałków kiszki nowotworem zajętéj ma wielką doniosłość i upoważnia niejako do wykonywania tego rękoczynu w rozpaczliwych przypadkach nowotworu kiszek, opierających się wszelkiemu innemu leczeniu i oddanych z góry na łup śmierci. A chociaż Cz. w przypadku tym spodziewa się na pewno recydywy, to jedna trzecia część przypadków, przez Billrotha operowanych, wyleczona zupełnie nakazuje z pewną ufnością spoglądać w przyszłość, jeżeli tylko dokładne rozpoznanie umożebni wcześniejsze przystąpienie do operacyi. Ponieważ przypadek ten tak z powodu rozpoznania jak i saméj ope-

racyi jest nader zajmującym, pozwalam sobie przytoczyć go nieco obszerniéj:

Chora, 47 lat licząca, spostrzegła po raz pierwszy we wrześniu 1879 po lewéj stronie brzucha obrzęk bolesny, rozlany, rozciągający się od łuku żebrowego do kości biodrowéj, który znikł pod zimnemi okładami, pozostawiwszy po sobie w lewéj zatoce biodrowéj guz wielkości orzecha włoskiego. Do kliniki zgłosiła się chora dnia 1go marca 1880, a wtedy stwierdzono znaczne wychudnienie, po lewéj zaś stronie brzucha guz wielkości jaja kurzego w środku między łukiem żebrowym a grzebieniem kości biodrowéj położony, nieco przesuwalny, ze skórą i powłokami niezrośnięty, przy ucisku bolesny, z odgłosem wypukowym przytłumionym. Gruczoły obwodowe niepowiększone, badanie *per vaginam et rectum* wykazało stan prawidłowy w dolnych narządach brzucha. Za cóż ten guz uważać? Na guz śledziony albo nerek był on za mały, związek z narządami płciowemi dał się stanowczo wykluczyć; nie był guzem pozaotrzewnowym, gdyż leżał dosyć powierzchownie i więcéj z boku; pozostały do przypuszczenia jedynie nowotwory sieci albo kiszki, pierwsze zwykle bywają guzowate, nierówne i rychło wywołują puchlinę brzuszną, na drugie zgodził się Czerny a rozpoznawszy raka kiszki sądził z wielkiém prawdopodobieństwem, że usadowiony on będzie na przejściu kiszki grubéj zstępującéj w zagięcie esowate. Na poleconą operacyję wycięcia kawałka kiszki chora po długiém wahaniu się przystała, którą téż wykonano dnia 27 kwietnia. Cięcie skórne po nad guzem 12 cm. długie i równoległe do włókien mięśnia *obliquus ext.*; po przecięciu otrzewnéj uwolniono i usunięto nieco na bok sieć wielką i przekonano się po bliższém zbadaniu, że nowotwór zajmuje dolną część kiszki poprzecznéj nieco ku dołowi zepchniętéj, ale że podstawa tegoż tak mocno jest zrośnięta z zagięciem esowatém, iż o oddzieleniu mowy nie było. Decyzyja Czernego była krótka, wyciął najpierw kawałek z zagięcia esowego 7 cm. długi i zespoił oba końce 33ma szwami jedwabnemi w dwóch rzędach założonemi, a następnie tak samo sobie postąpił z kiszką poprzeczną, z któréj wyciął kawałek $11\frac{1}{2}$ cm. długi i zespoił oba końce 26 szwami. Po dokładném oczyszczeniu jamy otrzewnéj włożono dren i zespojono brzegi rany szwem podwójnym; operacyja trwała $2\frac{1}{2}$ godziny; przebieg pooperacyjny następujący: ciepłota bezpośrednio po operacyi 36,3° podniosła się wnet do wysokości prawidłowéj i dopiero w dniu dziesiątym wieczór wynosiła 38,7° a raz tylko w dniu 23cim dosięgła 38,9°, tętno utrzymywało się między 100—120 uderzeń; w pierwszych dwóch dniach 5 razy wymioty, bóle brzucha mierne, w dniu czwartym po operacyi odeszły pierwszy raz wiatry, a w dniu 7mym podano lewatywę z pól litra letniéj wody, po któréj wyszło nieco kału. Pierwszy opatrunek zmieniono w piątym dniu, przy drugiéj zmianie pokazało się w ranie nieco kału, dla tego odjęto szwy i ranę opatrywano odtąd płatkiem zamaczanym w oliwie karbolowéj. W dniu 10tym i 13tym stolec obfity i uformowany po lewatywie, w następnych dniach stolec naturalny, przyczém przez ranę zewnętrzną powoli przestał kał odchodzić; od 9go dnia począwszy podawano choréj polewkę winną, bulion, jaja, wreszcie potrawkę z kurczęcia, a 10go czerwca czyli w 43 dni po operacyi, opuściła chora łóżko i z końcem sierpnia przedstawiła się w klinice. Stan jéj możnaby nazwać świetnym, gdyby nie twardość dająca się wymacać w miejscu operacyi, którą Cz. za recydywę uważał. Na zakończenie podaje Cz. swoje uwagi nad zeszyciem kiszki, a mianowicie gorąco poleca zakładanie szwu dwurzędowego tak, aby szersze powierzchnie kiszki stykały się z sobą, zakłada go zaś w ten sposób, że na 2—3 milim. od wolnego brzegu kiszki wbija cienką igiełkę w błonę zewnętrzną surowiczą a wychodzi igłą tuż przy saméj błonie śluzowéj; w drugim wolnym końcu kiszki na odwrót wbija igłę przy błonie śluzowéj i przebija ją przez błonę surowiczą kiszki, przez co po zawiązaniu brzegi błony śluzowéj dokładnie do siebie przylegają; odstępy między poszczególnemi szwami w obwodzie mają wynosić zaledwo 3—4 militr. Nieco powyżéj zakłada się drugi rząd szwów, zwykłym sposobem Lemberta, obejmujący zespojenie pierwsze a spajający powierzchnie surowicze kiszki; odstępy w drugim rzędzie mogą wynosić pół centymetra. Do szycia używa zwykle jedwabiu wygotowanego w 5% kwasie karbolowym. Zdawaćby się mogło, że przy tym sposobie szycia światło kiszki uledz musi znacznemu ścieśnieniu, tak jednak nie jest, albowiem bardzo mało błony śluzowéj zostaje ku wewnątrz wywiniętéj, a powstały pierścień zewnętrzny, nie wiele światło zacieśniający, jak uczą doświadczenia na zwierzętach, z czasem zupełnie się wyrównywa. (*Berl. klin. Woch. Nr. 45)*

Dr. T. W.

Brouardel i Vibert: **Uwagi nad śmiercią z utonięcia.**

Powszechnie wiadomą jest rzeczą, że u ludzi zmarłych z utonięcia napotykamy krew płynną, (Devergie płynność jéj stawia na równi z płynnością wody, co jest przesadą *Sprawozd.)*, i że pomimo wszelkich teoryj dotąd nie wiemy, dlaczego tak u utonionych, jakotéż u ludzi zmarłych w ogóle z uduszenia i śmiercią nagłą, krew płynną pozostaje. (porówn. Hofmanna: *Lehrb. d. ger. Med.* wydanie II). Autorowie na czele wymienieni znalazłszy w dziele Kl. Bernarda (*Leçons sur les liquides de l'organisme* I, p. 33) wzmiankę, iż u psów, którym wstrzykiwano wodę bezpośrednio do naczyń krwionośnych, krew również pozostawała płynną, postanowili dochodzić, ażali podczas utonięcia woda w większéj ilości nie dostaje się do krwi, i którą drogą ona się dostaje. Topili więc zwierzęta w wodzie naprzód powolnie, a potém szybko i w każdym przypadku liczyli za pomocą przyrządu Hayema ilość ciałek krwi przed zanurzeniem zwierzęcia i po wyjęciu onego z wody. Pokazało się, że przy topieniu powolném po śmierci zwierzęcia krew traci $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{3}$ ilości ciałek i że ilość ciałek zmniejsza się tém bardziéj, im dłużéj trwa topienie; po szybkiém zaś utopieniu zwierząt nie znaleziono żadnéj prawie różnicy pomiędzy ilością ciałek przed zanurzeniem a po wyjęciu ciała z wody. Że zmniejszenie się ilości ciałek krwi jest tylko względném, zależném od zwiększenia się płynu, nie zaś następstwem zniszczenia ciałek, wynika ztąd, że nie znaleziono ważniejszych zmian w krążkach krwi, a przecież trudno przypuścić, aby znaczna część tych ciałek mogła uledz zniszczeniu zupełnemu, podczas gdy reszta nie przedstawia albo żadnych, albo mało znaczące zmiany. Autorowie przypuszczają więc, że przy topieniu powolném znaczna ilość wody dostaje się do krwi zwierząt, a okoliczność, że ciałka krwi nie ulegają znaczniejszéj zmianie, tłumaczą odmienném działaniem wody, w miarę tego, czy ona bezpośrednio do krwi się dostaje (przez wstrzyknięcie do naczyń) lub wchłoniętą zostaje na wielkim obszarze. Bacząc na to, że błona śluzowa płuc w wysokim stopniu posiada własność wsysania, już z góry przypuścić należy, że jéj przypada główne zadanie w sprawie absorbcyi płynu, co też potwierdza doświadczenie na zwierzętach topionych po podwiązaniu gardziela. Na płucach rzadko znajdowali

autorowie wynaczynionki drobne, natomiast nierównie częściéj rozległe wynaczynienia krwi pod opłucną, a na podstawie swych doświadczeń dochodzą do następujących wniosków:

1) Przy powolném zanurzaniu zwierzęcia dostaje się do obiegu krwi ilość wody, równać się mogąca 1/3 części całkowitego objętu krwi.

2) Przy utopieniu bardzo szybkiém woda albo wcale się nie dostaje do obiegu albo w małéj ilości.

3) Absorbcyja wody u tonących odbywa się głównie przez błonę śluzową płuc.

4) Zwierzęta, zabijane przez wstrzyknięcie wody do tchawicy, mniejszą przedstawiają hydremiję, aniżeli zwierzęta topione.

5) Ciałka krwi zwierząt utopionych okazują zmiany bardzo nieznaczne.

6) U zwierząt utopionych znachodzą się często drobne wynaczynionki w miąższu płucnym i w pęcherzykach, a wybroczyny te są przyczyną jasnoczerwonego zabarwienia piany, która czasem wydobywa się z dróg oddechowych.

7) Pewna ilość komórek przybłonkowych w płucach skutkiem działania na nie wody wchłoniętéj ulega zwyrodnieniu ziarnistemu.

Wynik swych doświadczeń na zwierzętach autorowie przenosząc wprost i na ludzi zmarłych z utonięcia twierdzą, że jeżeli człowiek tonie powoli (jeżeli tonąc podnosi się kilkakrotnie nad zwierciadło wody i oddycha), wtedy do obiegu jego krwi zostaje się $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{3}$ części całkowitego objętu krwi, która pozostaje płynną, a więc ani w sercu ani w większych naczyniach nie ma skrzepów. Jeżeli zaś przeciwnie człowiek tonie szybko, wtedy krew jego nie jest rozwodnioną, wtedy znachodzimy skrzepy a zmiany nie różnią się wcale od zmian, przedstawiających się po śmierci z uduszenia w ciałach sypkich lub w gazach nieoddychalnych (z wyjątkiem trujących). W ostatnim razie znachodzimy wybroczyny podopłucnowe kropkowate, w pierwszym przeciwnie mniéj wydatne, ale za to rozległe, jak je już opisali Bergeron i Montano (w rozprawie umieszczonéj w *Annales d'hyg. 1877*). Opierając się na cechach właśnie wspomnionych można w danym przypadku ocenić, czy śmierć była nagłą, lub też nastąpiła dopiero po przydłuższéj, instynktownéj walce przeciw żywiołowi dla życia wrogiemu. (*Annales d'hygiène publ. 1880, Novembre, p 452—470)*.

(Jakkolwiek doświadczenia autorów w każdym razie zasługują na uwagę, to przecież tłumaczą one tylko płynność krwi w przypadkach utonięcia, a nie tłumaczą wcale, dla czego krew pozostaje zazwyczaj płynną we wszystkich przypadkach śmierci z uduszenia, oraz w przypadkach śmierci nagłéj w ogóle, w których przecież krew wcale się nie różni od krwi topielca. Za śmiałém także wydaje nam się zastosowanie wyniku badań na zwierzętach do przypadków sądowo-lekarskich, a w szczególności owo rozróżnienie zmian, w miarę szybkiéj lub powolnéj śmierci w wodzie, jest teoretyczném, a zastosowanie w praktyce może prowadzić do wniosków mylnych i szkodliwych. Streszczając w swym czasie pracę Bergerona i Montana wspomnieliśmy, że nie wierzymy w występowanie charakterystycznych wynaczynionek podopłucnowych u ludzi zmarłych z utonięcia; wybroczyn zaś opisanych przez Brouardela dotąd nie widzielismy, i zdaje się, że ich żaden lekarz sądowy nie widział; dla tego też nie przypuszczamy możebności rozróżnienia śmierci szybkiéj od powolnéj w miarę postaci wynaczynionek podopłucnowych. *Sprawozd.*) *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

Rouse: Nowotwór przybłonkowy w jelicie odchodowém wycięty sposobem nowym. Mężatka, 64 lat licząca, przyjęta w maju do szpitala, była od sześciu miesięcy cierpiącą. W jelicie odchodowém po lewéj stronie, około 2 cm. po nad otworem odbytowym, wytworzył się był nowotwór przybłonkowy płytki, bez trzonka, wzdłuż całéj podstawy tylko do błony śluzowéj i tkanki podśluzowéj ograniczony; głębsze części widocznie niezajęte. W czerwcu wykonał R. rękoczyn w sposób następujący: Tuż obok zwieracza cięcie 4—5 cm. długie równoległe do tegoż i nieco kabłąkowate; odpreparowanie skóry i tkanki na zewnątrz tak daleko, że krańcowe włókna zwieracza odsłonięte zostały. Wprowadzenie palca do jelita i wyciśnięcie nowotworu przez zewnętrzną ranę, napięcie wraz z tą częścią ściany jelita, do któréj nowotwór był przyczepiony. Po ściągnięciu rany skórnéj czuć było względnie małą tylko jamkę w jelicie, krwawienie było bardzo nieznaczne. Wewnątrz zadano choréj z początku makowiec. Wyzdrowienie postępowało bez przerwy. Przez parę dni wydzielało się przez ranę na zewnątrz nieco treści jelitowéj, a właściwie nie były to ekskrementa, lecz ropa podczas ziarnienia rany posiadała woń jakby z ekskrementów; wkrótce i to ustało. Po 4ch tygodniach chora zupełnie wyleczona opuściła szpital.

Korzyści wynikające z oszczędzenia zwieracza są jasne Wprawdzie autor przyznaje, że w powyższym przypadku nowotwór nie posiadał wielkich rozmiarów i ograniczył się tylko do jednéj strony jelita, rękoczyn przeto w ten sposób łatwo był wykonalny, jednak nie widzi on powodu, dla czegoby rękoczyn ten nie mógł być wykonany i przy większych nowotworach. Bez wątpienia rękoczyn ten w niektórych razach z większą korzyścią dałby się zastąpić zupełném wycięciem dolnéj części jelita, i były przypadki, gdzie pomimo to po takim rękoczynie odchody nie były mimowolnemi; jednakowoż sposób ten nowy daje pewność choremu i ochronę przed nader niemiłém stanem, jakim jest ciągły odpływ kału. (*The Lancet* paźdź. 1880). *Dr. Karcz.*

(T. W.) Prof. Rosenthal (*W. med. Bl.* Nr. 46) poleca przeciw nieżytom pęcherza i'alkalicznemu oddziaływaniu moczu kwas borowy na wewnątrz w dawce 2 grm. na 100 wody dziennie, przekonawszy się w swojéj praktyce, że lek ten działa skuteczniéj niż używany zwykle chloran potasu, kwas salicylowy lub środki balsamiczne, ma smak zwłaszcza w połączeniu z syrupem pomarańczowym dosyć przyjemny i przy dłuższém nawet używaniu nie wpływa szkodliwie na trawienie, wywołując dopiero w dawce 10—12 grm. nudności, wymioty i brak apetytu. Również i przepłukiwanie pęcherza roztworem kwasu borowego 1:20 okazało się bardzo skutecznem w razie, jeżeli mocz zawierał sporą ilość ropy i śluzu.

(T. W.) Leczenie czkawki. Na oddział prym. Dra Madera przyjęto 19-letnią dziewczynę, która dzień przed tém dostała, po silném zgrzaniu się, czkawki uporczywéj i nie ustępującéj przy podawaniu zwykle w takim razie używanych środków. Gdy i prąd elektryczny, tak stały jak i przerywany, chwilową tylko sprawiał ulgę, podawano choréj co godzina po 10 kropli chloroformu; po zażyciu rano wystąpiły wymioty, kurcze czkawkowe utrzymywały się jeszcze przez dzień i nagle o godz. 6téj wieczór ustąpiły zupełnie i bezpowrotnie. (*W. med. Bl.* 46).

(y) Dr. E. Ory. Leczenie zgagi (*pyrosis*). Prócz regularnego sposobu życia, dyjety mlecznéj i roślinnéj, napojów alkalicznych, można z korzyścią przepisywać następujące formułki:

Jeannel radzi zażywać łyżkę stołową, dwa do czterech razy dziennie, następującéj mięszaniny:

Rp. *Pulv. rad. rhei chin.* 10·00
Natri bicarbonici 2·00
Syrupi simpl. 50·00
Aq. menthae 250·00.

W każdéj łyżce stołowéj znajduje się około 0·50 rzewnia.

W przepisach aptekarskich londyńskich znajduje się następująca mięszanina kredy:

Rp. *Cretae praeparatae*
Sacc. albi āā 10·00
Gummi arabici 5·00.

Lub téż proszek kredy złożony:

Rp. *Cretae praeparatae* 200·00
Pulv. cort. cinnamom. 120·00
Pulv. rad. tormentillae
Pulv. gum. arabic. āā 100·00
Pulv. piperis longi 15·00
M. f. p.

Doza tego proszku 1 do 2 gramów; według Bouchuta skuteczny w przypadkach zgagi i przewlekłego rozwolnienia.

E. Ory przepisuje z dobrym skutkiem proszek następujący:

Rp. *Magnesiae ustae*
Sacc. albi āā 30·00
Bismuthi subnitrici 4·00
Natri bicarbon. 6·00
M. f. p. d. in dos. 40.

Zażywać po jednym proszku bezpośrednio przed obiadem i przed kolacyją.

Franck zalecał:

Rp. *Magnesiae carbonic.* 2·00
Pulv. rad. rhei chin.
Pulv. cort. cinnam. āā 0·50
M. f. p. S. Zażyć na 2 razy.

E. Ory przypomina skład likieru żołądkowego Wernera.

Rp. *Rhei chin.* 30·00
Fol. sennae al. 20·00
Croci 5·00
Rad. liquirit. 20·00
Passularum (rodzynki) 500·00
Spir. vini 21° 1500·00
M. Digere per quindecim dies. Filtra.

Zażywać po łyżeczce od kawy rano i wieczór nie długo przed śniadaniem i kolacyją.

Bouchardat zaleca następującą miąszaninę jako bardzo skuteczną:

Rp. *Pulv. rad. rhei chin.*
Magnes. ustae āā 5·00
Laudani puri pulv. 0·10
M. f. p. div. in dos. quindecim.

Brać jeden proszek dziennie przed obiadem i kolacyją. (*France médicale* 1880. 88).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XIV zwyczajne z dnia 20 października 1880.

Przewodniczący kol. Warschauer. Członków obecnych 21.
Jako goście starszy lekarz sztabowy Dr. Heumann z Krakowa i Dr. Gródecki z Tarnowa.

1) Przewodniczący złożył do biblijoteki dzieła wśród wakacyj dla Towarzystwa nadesłane, tudzież okazał *fac simile* adresu ofiarowanego przez lekarzy polskich J. I. Kraszewskiemu, przesłane Towarzystwu w darze przez Tow. lek. warsz.

2) Wybrano członkami korespondentami Towarzystwa Drów Janiszewskiego, Serafińskiego w Lublinie i aptekarza Boguckiego w Chełmnie.

3) Kol. prof. Janikowski podał do wiadomości, że stósownie do uchwały Towarzystwa przesłał kilkaset wyrazów dla Słownika lekarskiego przeznaczonych w hektografowanych odbiciach Towarzystwu lek. warszawskiemu, Sekcyi lek. Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu i Sekcyi lwowskiéj Tow. lekarskiego gal. z prośbą o udzielenie stósownych uwag i że od niektórych z wymienionych Towarzystw otrzymał już przychylną odpowiedź.

4) Kol. prof. Domański odczytał odezwę Towarzystwa lekarskiego galic. zawiadamiającą: że Namiestnictwo potwierdziło zmieniony statut tegoż, że poczyniono w tymże drobne i mało znaczące zmiany i wzywającą nasze Towarzystwo do wniesienia do funduszu żelaznego Tow. lek. gal. kwoty przypadającéj tytułem wkładki wstępnéj za członków czynnych. Z powodu, iż zachodzą jeszcze co do niektórych punktów wzajemnego stosunku obu Towarzystw wątpliwości, poruczono Komisyi statutowéj, a względnie jéj sprawozdawcy, porozumienie się z protomedykiem Biesiadeckim, skoro tenże na egzamina fizykackie do Krakowa przybędzie.

5) Kol. Warschauer odczytał: „O wartości chlorku pilokarpinu w błonicy.“ (Praca ta została umieszczoną w Przeglądzie Lek.)

W dyskusyi kol. Kułakowski zapytuje prelegenta jak tenże i jak Guttmann tłumaczy działanie pilokarpinu w błonicy, nie wydaje się bowiem prawdopodobném, aby lek ten działał sposobem czysto mechanicznym przez zwilżenie i spłukanie błon zwłaszcza w przypadkach ciężkich, gdzie sprawa chorobowa zajmuje na wskroś całą błonę śluzową, bo tak samo musiałoby nastąpić spłukanie błon za pomocą płynnych i obfitych stolców w przypadku błonicy około otworu stolcowego przez kol. K. obserwowanym. Trudno téż przypuścić działanie chemiczne, albowiem wydzieliny pod wpływem pilokarpinu tylko swoją ilość zmieniają, jakość ich zostaje ta sama. Na pomyślny przebieg przypadków Guttmanna wpłynęła zdaje się najwięcéj łagodność epidemii. Kol. Kwaśnicki przyznaje ze strony teoretycznéj wartość leczniczą chlorkowi pilokarpinu, którego działanie możnaby sobie tłumaczyć w dwojaki sposób: raz że zatruwa i zwiększając ilość wydzielin wydala z organizmu pasorzyty będące przyczyną choroby, albo téż, ponieważ błona dyfterytyczna wrzucona do płynu alkalicznego pęcznieje, chlorek pilokarpinu, zwiększając produkcyję płynu alkalicznego, jakim jest ślina, może sprawiać napęcznienie i łatwiejsze oddzielenie się błon dyfterytycznych. Taki sam skutek powinien téż wywierać chlorek pilokarpinu i na wypocinę krupową; w praktyce atoli działanie chlorku pilokarpinu na błonicę jest problematyczne, a z powodu działania porażającego unerwienie naczyniowe może być nawet szkodliwe. Zresztą w sprawozdaniu Guttmanna właśnie ten zanadto dobry skutek leczniczy, bez żadnego przypadku śmierci, w 81 przypadkach błonicy nasuwa pewne wątpliwości. Prof. Rydel podziela wątpliwości kol. Kwaśnickiego co do przypadków błonicy przez Guttmanna podanych a powątpiewanie jego zwiększyło się po odczytaniu przez prelegenta listu Dra Guttmanna, który części gardła i jamy ust błonicą zajęte opisuje jako „*mit Exsudat belegt*“ i zdaje się nie odróżniać ściśle wypociny krupowéj od błonicowéj. Gdyby jednak chlorek pilokarpinu rzeczywiście nie zawodził w błonicy, stałby on się i w okulistyce lekiem zbawiennym, albowiem dyfteryja spojówki jest cierpieniem bardzo niebezpiecznem i bardzo często prowadzi do ślepoty. Przy sposobności namienia prof. Rydel, że błonica spojówki w Krakowie pojawia się na szczęście bardzo rzadko, krup zaś dosyć

często, ale też nie jest tak niebezpiecznym; w ostatniém cierpieniu bardzo pomyślny sprawia skutek zapuszczanie do oka następującego rozczynu: Rp. *Acid. salicyl. 0.25, Acid. boric. 3—4.00 Aq. destil. 100.00.* Kol. prof. Oettinger nie powątpiewając o wiarogodności spostrzeżeń Guttmanna i prelegenta, sądzi że pod względem naukowym nie odpowiadają one wszystkim warunkom, i tak brakuje w nich ściśle ugruntowanego rozpoznania, a powtóre przy leczeniu stosowano naraz kilka środków, a nie wyłącznie lek, którego działanie chciano wypróbować. Kol. prof. Domański przyznaje, że rozpoznanie błonicy nieraz jest bardzo trudne i nie rzadkie są przypadki, które na podstawie wysokiéj gorączki i niewątpliwych napozór zmian w gardle wzięte za dyfteryję nazajutrz nie przedstawiają ani śladu cierpienia, radzi jednak chlorku pilokarpinu używać choćby dla doświadczenia, bo tym tylko sposobem i z wielkiéj liczby przypadków można dopiero poznać działalność leku. Prelegent zbija powątpiewania prof. Rydla co do przypadków błonicy przez Guttmanna podanych kładąc nacisk na tę okoliczność, że krup w szkarlatynie prawie nigdy nie zdarza się, a dyfteryja bardzo często, kol. zaś Oettingerowi odpowiada, że nie podobna jest żądać od lekarza, aby każdy przypadek błonicy pod mikroskopem badał i stronę naukową przedewszystkiém miał na względzie. Kol. Kwaśnicki zwracając uwagę na cechy rozpoznawcze krupu a dyfteryi namienia, że krup przy szkarlatynie nie jest znów tak rzadki jak sądzi prelegent. Kol. Ponikło mniema, że stanowczo rozstrzygnąć nie można, czy błonicę należy uważać za cierpienie miejscowe lub też już z samego początku za ogólne. Wszelako liczne przypadki chorobowe stwierdzają, że błonica bardzo rychło może się stać chorobą ogólną i sprawiać znaczne i wybitne zmiany we krwi. Przypomina sobie przypadek błonicy z rozległemi zmianami miejscowemi, który obserwował w klinice prof. Korczyńskiego z początkiem r. 1879, a który zakończył się śmiercią. Przy badaniu drobnowidowém krwi, przy którém z początku nic nieprawidłowego nie można było dostrzedz (wśród już rozwiniętéj zmiany miejscowéj), na dwa dni przed śmiercią stwierdzono bardzo znaczne zmiany we krwi: znacznie zwiększoną ilość ciałek białych, z których niektóre miały 2—3 razy większe rozmiary, o pierwoszczy drobnoziarnistéj, połyskującéj, niedozwalającéj dostrzedz jądra; nadto znachodziły się we krwi, wydobytéj wśród wszelkich ostrożności przeciwgnilnych, gniazda bardzo liczne tworów grzybkowych (*micrococci*). Z drugiéj strony jednak mniema kol. P., że jest rzeczą pewną, iż stan ogólny chorych stoi w przeważnéj liczbie przypadków w prostym stosunku do rozległości zmian miejscowych; dla tego też wszelkie zabieg lecznicze, mające na celu ograniczenie sprawy zgorzelinowéj w gardle, niezawodnie muszą za sobą pociągnąć polepszenie stanu ogólnego. Kol. P. skuteczność chlorku pilokarpinu w błonicy tłumaczyłby nie tyle możnością wydalenia przyrzutu błonicowego wzmożoną transpiracyją skórną, ile tą okolicznością, że chlorek pilokarpinu sprawiając silne przekrwienie w gruczołach ślinnych tylnéj ściany gardziela i łuków podniebiennych złożonych, przeważnie w warstwie podśluzowéj, nie dozwala się szerzyć sprawie zgorzelinowéj, od ucisku naczyń zawisłéj, na części głębsze, utrzymując zwiększony przypływ krwi do tychże; wywoływałby tym sposobem chlorek pilokarpinu niejako rodzaj zapalenia reakcyjnego, zdolnego oddalić błony zgorzelinowe i zapobiedz szerzeniu się sprawy miejscowéj. Tłumaczenie działania chlorku pilokarpinu w błonicy siłą rozpuszczalną śliny jest bezzasadne, gdyż skład chemiczny téjże, prawie zupełnie obojętny, do takiego przypuszczenia wcale nie upoważnia. Kol. Wilkosz opowiada, że w praktyce prywatnéj miał kilka przypadków dyfteryi, w jednym z nich u dziecka użył chlorku pilokarpinu i dziecko umarło, przypadki zaś leczone przez płukanie rozczynem kwasu borowego wyzdrowiały; w szpitalu wszystkie przypadki łagodnie przebiegały, co przypisać należy łagodności epidemii.

6) Kol. prof. Domański uczynił wniosek, aby Towarzystwo zasłużonemu Redaktorowi Przeglądu Lek. prof. Blumenstokowi przez deputacyję złożoną z Prezesa, Wiceprezesa i Sekretarza wyraziło swą radość z powodu powrotu jego do zdrowia. Wniosek ten jednomyślnie uchwalono.

Dr. Wasylewski.

Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne V, w dniu 30 października 1880 r.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

Ordynator kliniki chirurgicznéj warszawskiego Uniwersytetu Dr. Kowalewski, umierając w Goerbersdorfie r. 1876, wyraził swe życzenie matce i Drowi Matlakowskiemu, ażeby medal złoty, przyznany Kowalewskiemu za konkursową rozprawę: „o pochodzeniu zaczątków narządów moczoplciowych", został spieniężony, a otrzymana suma była doręczoną autorowi najlepszéj pracy z dziedziny medycyny; stąd powstał fundusz wynoszący złr. 150, który do dnia 1go stycznia 1882 podniesie się odsetkami do 165 złr. W wykonaniu więc ostatniéj woli ś. p. Romana Kowalewskiego, w porozumieniu z Drem Wład. Matlakowskim, ordynatorem kliniki chirurgicznéj ces. Uniwersytetu warszawskiego, i przez tegoż upoważniony, rozpisał prezes Stowarzyszenia w dn. 24 stycznia 1880 r. (patrz Przegląd Lekarski Nr. 4) konkurs na nagrodę w kwocie 165 złr. za najlepsze dzieło treści lekarskiéj lub przyrodniczéj nadesłane w rękopiśmie Stowarzyszeniu do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie najpóźniéj do 1go Grudnia 1881 r., lub wydane przez to Stowarzyszenie od dnia ogłoszenia konkursu po dzień 1 grudnia 1881 roku. Oceną zajmie się osobny komitet, którego skład później ogłoszonym zostanie; praca musi być oryginalna, obejmować całość przedmiotu i odpowiadać w zupełności spółczesnemu stanowisku nauki. Gdyby nagroda przyznaną została pracy drukiem nieogłoszonéj, rękopism pozostaje własnością autora, który jednak pozostawić musi Stowarzyszeniu wydawniczemu pierwszeństwo do nabycia na własność i do wydania nagrodzonego dzieła. W takim razie na wstępie ogłoszony będzie krótki życiorys ś. p. Dra Kowalewskiego.

Kończąc sprawozdanie tegoroczne nie możemy i nie powinniśmy zataić, że rozsprzedaż dzieł przez Stowarzyszenie wydanych idzie tępo, że pokup tych książek nie jest w prostym i harmonijnym stosunku do wyższych celów i widoków, które Stowarzyszenie wydawnicze sobie zakreśliło: a jednak byt Stowarzyszenia zależy wyłącznie od posiadanych przez nie środków materyjalnych; Wydział ufa, że szanowni członkowie i prenumeratorowie, którym istnienie Stowarzyszenia leży na sercu, wesprą na przyszłość energiczniéj usiłowania jego, przez liczniejsze zamówienia prac przez Stowarzyszenie wydawanych, przez zachęcanie kolegów do przystąpienia do Stowarzyszenia, z którego upadkiem zmniejszyłaby się znacznie możność wydania niezamożnym autorom polskiéj lekarskiéj książki.

2. Na wniosek prezesa Stowarzyszenia Prof. Dr. Korczyńskiego zgromadzeni powstają w celu uczczenia pamięci zmarłych członków.

3. Komisyja kontrolująca złożona z Drów Pieniążka i Rybczyńskiego, wybrana na poprzedniém Zgromadzeniu ogólném, znalazła rachunki z poprzedniego roku w zupełnym porządku. Zgromadzenie udziela więc Wydziałowi Stowarzyszenia absolutoryjum.

4. Prezes Stowarzyszenia przedkłada połowę części pierwszéj akuszeryi Dr. Jordana i namienia, że za kilka tygodni druk téj części zostanie ukończonym. Liczne drzeworyty, które objaśniają tekst dzieła, wykonane zostały w pracowni p. Napierkowskiego w Krakowie.

5. Tenże donosi, że według zawiadomienia Dra Krówczyńskiego, w téj chwili otrzymanego, autor nadeszle Wydziałowi w krótce resztę rękopismu Syfilidologii.

6. Podskarbi Stowarzyszenia Dr. Grabowski przedstawia następujący stan funduszów: Dochód wynosił 623 złr. 15$^1/_2$ kr. (a mianowicie składki wstępne 34 złr., składki roczne 311 złr. 53 kr., odsetki od kapitałów 82 złr. 04 kr., dochód ze sprzedaży Podręcznika do ćwiczeń operacyjnych Gurlta 10 złr, zwrot nakładu przez rozsprzedaż dzieł 185 złr. 58$^1/_2$ kr.) Rozchód wynosił 40 złr. 44 kr. (a mianowicie wydatki pocztowe 9 złr. 70 kr., wydatki kancelaryjne i administracyjne 6 złr. 94 kr., inseraty 12 złr. 80 kr., reszta należytości za korektę dzieła Dra Rothego 11 złr.) Nadwyżka dochodu wynosi więc 582 złr. 71$^1/_2$ kr. U członków i prenumeratorów zalegają składki w kwocie 228 złr. 72 kr. Majątek Stowarzyszenia w dniu 15ym października 1880 składa się z gotówki w kwocie 2412 złr.

$56 \frac{1}{2}$ kr. umieszczonéj w Kasie oszczędności i w Zakładzie kredytowym ziemskim, z zapasu papieru wartości 298 złr. 67 kr. i z nakładów nierozsprzedanych.

Nakład dzieł dotychczas wydanych wynosi 1292 złr. 2 kr. zwrot nakładu przez rozsprzedaż dzieł wynosi 370 złr. 3 kr.

7. Do sprawdzenia rachunków wybrano Drów Sciborowskiego i Skobla.

8. Uchwalono po dłuższéj dyskusyi wejść w układy z Towarzystwem lekarskiém krakowskiém o wydanie wspólne Słownika lekarskiego polskiego. Sekretarz *Dr. A. Kwaśnicki.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

— Na posiedzeniu c. k. krajowéj Rady zdrowia z dnia 17 września br. uchwalono odpowiedzieć na zapytanie c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych, czy sposób napełniania i korkowania wód mineralnych w krajowych szczawach odpowiada celowi,—iż opierając się na sprawozdaniach lekarzy powiatowych uważa Rada sposób napełniania wód mineralnych krajowych za odpowiedni; wnosi jednakże, by w Krynicy napełnianie *en masse* około Wielkiéj nocy zastąpione zostało napełnianiem w miarę zamówień, w każdym czasie wykonywaném; powtóre konieczném jest zarządzenie, by rok napełniania nie tylko był na kapslach flaszek wytłoczonym, ale tak jak w Żegiestowie, na obu stronach korka wypalonym.

Oświadczono się przeciw udzieleniu koncesyi na otwarcie oficyny chirurgicznéj w Sasowie.

Na posiedzeniu dnia 5 października 1880 uchwalono na zapytanie c. k. Namiestnictwa w sprawie trucia ryb w stawach i rzekach, przedstawić następujące wnioski: *a*) należy wzbronić łowienia ryb przez zatruwanie, *b*) należy zakazać sprzedaży po kramach i handlach korzennych rybitrutki (*semina cocculi indici*) jako ostréj trucizny do niczego nieużytecznéj a szkodliwéj dla zdrowia ludzkiego i dla rybołostwa krajowego; *c*) aby przeciw przekraczającym powyższy zakaz sprzedaży rybitrutki przeprowadzono postępowanie karne w myśl §§. 362 i 363 u. k. o niedozwolonéj sprzedaży trucizn. Na zapytanie c. k. sądu powiatowego w M. uchwalono odpowiedzieć: że ziarna rybitrutki należą do istót wybitnie trujących, że atoli sprzedaż tych ziarn dotychczas nie była wzbronioną, gdyż nie są umieszczone w spisie trucizn, na których sprzedaż w handlach potrzeba osobnego zezwolenia władzy politycznéj.

Uchwalono również nie przemawiać za udzieleniem koncesyi na wyrób kropli leczniczych, tak zw. Karfunkelsteina, z powodu nieznanego składu. Niemniéj uchwalono oświadczyć się przeciw udzieleniu koncesyi na otwarcie oficyny chirurgicznéj na Zniesieniu pod Lwowem. Natomiast uchwalono oświadczyć się za uwzględnieniem rekursu mag. farm. Edwarda Radlera i za udzieleniem temuż koncesyi na sprzedaż materyjałów aptecznych, ziół lekarskich i trucizn pod warunkami objętemi dotyczącemi przepisami.

Z powodu nader blizkiego położenia od domów mieszkalnych uchwalono sprzeciwić się umieszczeniu grobowca familijnego w kaplicy wymurowanéj na dawném cmentarzysku w Busku.

Na posiedzeniu dnia 9 listopada uchwalono oświadczyć się przeciw nadaniu koncesyi na otwarcie apteki w Chyrowie w powiecie staromiejskim. Także uchwalono przemawiać za niedozwoleniem sprzedaży pigułek p. Sz. z Litwy jako prezerwatywy przeciw zarazom bydlęcym. Wreszcie uchwalono nie zalecać zaproponowanego leku mającego zapobiegać rozszerzaniu się chorób nagminnych u dzieci szkolnych. (*Gaz. Lw.*)

Statystyka epidemij. W tygodniu 45 (do 6 listopada) ospa nie zmieniła się w Londynie. Świeżo zapadło 24, leczyło się w szpitalach 114, umarło 7. W Wiedniu umarło 10, w Peszcie 6, w Bukareszcie 2, w Paryżu 15, w Maladze 10, w Madrycie 14, w Rzymie 22. Płonica wiele ofiar zabrała w Pradze, Berlinie, Londynie, Stokholmie. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 43. W większych miastach Ameryki północnéj panuje groźnie błonica. W Krakowie umarło w 46 tygodniu (do 13 listopada): 1 z ospy, 2 z płonicy, 1 z dławca, 1 z krztuśca, 1 z duru brzusznego, a doniesiono w tymże czasie; o 1 przypadku ospy, 10 płonicy, 4 błonicy, 4 odry, 2 krztuśca, 3 duru brzusznego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 45 (do 6 listopada) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: w Krakowie 17,9; we Lwowie 34,3; w Warszawie 24,3; w Poznaniu 29,4; w Wiedniu 21,5; w Budapeszcie 34,9; w Pradze 29,7; w Tryjeście 26,4; w Berlinie 21,7; w Wrocławiu 32,0; w Mnichowie 29,6; w Dreźnie 23,3; w Lipsku 22,8; w Gdańsku 26,1; w Genewie 22,1; w Brukseli 25,8; w Amsterdamie 25,8; w Hadze 19,4; w Paryżu 24,6; w Londynie 21,2; w Kopenhadze 19,9; w Stokholmie 30,3; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 35,8; w Odessie 26,9; w Rzymie 29,0; w Wenecyi 25,9; w Bukareszcie 27,8; w Madrycie 30,6; w Barcelonie 24,5; w Maladze 42,6; w Lisbonie 36,3; w Aleksandryi 49,5; w Nowym Yorku 26,4; w Filadelfii 17,4; w Bombayu 29,3; w Madrasie 32,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 grudnia. Na posiedzeniu Rady zdrowia dolno-austryjackiéj z d. 22 listopada rb., na które zaproszonych zostało trzech lekarzy praktycznych i dwóch aptekarzy jako członkowie nadzwyczajni, zastanawiano się nad traktowaniem recept lekarskich. Rada nie zgodziła się na wniosek, aby lek tylko raz jeden mógł być wydany na podstawie recepty, ale natomiast oświadczyła się: 1) za zwróceniem uwagi lekarzy, że służy im prawo przeszkodzenia ponownemu wydaniu leku przez umieszczenie na recepcie słów: „*ne repetatur*"; 2) za niewydawaniem dalszém leków krzyżykiem oznaczonych oraz tych leków, których dawka najwyższa nie dochodzi 2 centigramów.

* **Wiedeń**. D. 25 listopada rb. zdarzył się znów w klinice Billrotha przypadek śmierci śród znieczulenia chloroformem.

* **Paryż**. Szpital św. Eugenii, od r. 1870 nazwany „szpitalem dzieci." odtąd mieć będzie nazwę „*Hôpital Trousseau.*"

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. nadzwyczajny Bollinger mianowany został prof. anatomii patolog. w Monachijum w miejsce Buhla.—Radzca rządowy i profesor w zakładzie weterynaryjnym w Wiedniu Dr. Armbrecht, przeniesiony w stan spoczynku a w jego miejsce zamianowany profesorem chirurgii weterynaryjnéj dotychczasowy adjunkt Dr. Bayer. — Dr. H. Wyss habilitował się jako docent medycyny sądowéj w Zurychu.

* **Nekrologija**. W Podhajcach umarł d. 18 bm. zasłużony lekarz Jakób Ohrenstein członek Tow. lek. galicyjskiego sekcyi brzeżańskiéj, pozostawiając po sobie żal powszechny. Śp. Ohrenstein z niezamożnéj pochodził rodziny. Urodził się w Zaleszczykach w r. 1812; po skończonym kursie chirurgicznym we Lwowie rozpoczął praktykę lekarską w Husiatynie, lecz wkrótce przeniósł się do Podhajec, gdzie przez 42 lat nie tylko z wielką gorliwością oddawał się swemu zawodowi lecz i prawdziwym był dobroczyńcą dla ubogich chorych. Nieboszczyk piastował posady lekarza miejskiego, skarbowego i szpitalnego z całą sumiennością; w czasach zarazy cholery, duru, nie zwykłém odznaczał się poświęceniem, co mu nie tylko szacunek ale i ogólną zjednało wziętość. Jak zacnym był lekarzem, tak też dobrym obywatelem, wzorowym kolegą i godnym ojcem rodziny. Pamięć po tym nieocenionym mężu pozostanie na zawsze w sercach współobywateli. *Sit ei terra levis!* *Dr. Rasp* w Brzeżanach.

W Grodzisku w Poznańskiém umarł Dr. Julijan Bendowski, zięć Libelta, w 47 roku życia. Zmarły miał zasługi lecząc rannych w r. 1863 w Król. Polskiém, a w r. 1870 w kampanii francuskiéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 48: Matlakowskiego: Z kliniki chirurg. prof. Kosińskiego. III. Kilka ciekawszych nowotworów; Wolberga: Igła do zszywania nerwów. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 21 i 22: Fickiego: Operacyja cięcia cesarskiego sposobem Porro wykonana; Fabiana: O pylicach (dok.); Malcza: Stacyja zimowa Arco (dok.)

Sprostowanie. W rozprawie prof. Adamkiewicza w Nrze 47, str. 597, w szpalcie 1széj wierszu 8 od góry zamiast „otoczki przeźroczystéj" winno być „obwódki przeźroczystéj (*area pellucida*)," a w Nrze 48, str. 610, szpalcie 2giéj, wierszu 13 do 12 od dołu zamiast „przerywało" winno być „przerzucało."

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**



Sautera puste torebki na czopki

(Hohle Suppositorien Capseln)

z najczystszego masła kakaowego.

Dokładne dozowanie. Czystość. Elegancyja. Szybka i łatwa praca.

Maszyny i formy są zbyteczne.

Skład: **Hammer u. Vorsak**

Skład chem. farm. narządów i sprzętów

Wiedeń. Opernring 21.

APTEKA pod KORONĄ

J. TRAUCZYNSKIEGO

w Krakowie

Utrzymuje wszystkie **wody mineralne** tak krajowe jak i zagraniczne zawsze świeżego czerpania.

Nadto utrzymuje na składzie zawsze **krowiankę styryjską**

Prócz tego znajdują się zawsze na składzie: Pigułki Cauvina Morisona, Blancarda z żelazem, Valeta z Digitalinem, Dra Croniera zadawane w newralgijach z pepsinem, rozczyn żelaza Lerasa, syrup wapna Grimaulta, syrup Churchilla z wapnem, żelazem, sodą; wino chinowe z Cacao Bugeaud, Quina Laroche. — MĄCZKA SZWAJCARSKA dla małych dzieci zastępująca zupełnie pokarm naturalny ordynowana przez wielu lekarzy. — INSTRUMENTA chirurgiczne, — BANDAŻE różnego rodzaju, pojedyncze i podwójne rupturowe, pępkowe, — PASY brzuszne kobiece, — PESSARIA, — PONCZOCHY jedwabne na obrzękliny, — STETOSKOPY, — PLESSIMETRY — ODCIĄGACZE, pokarmowe dla kobiet, — PŁOTNO kauczukowe, — FLASZKI do karmienia dzieci, — INHALATORY do wdychiwań przy gardlanych chorobach, — NARZĄDY do wdmuchiwań gardlanych, — PULVERYZATORY, — SONDY żołądkowe, — CATETERY, — BOUGIE, — PODUSZKI KAUCZUKOWE, KAPELUSIKI kauczukowe ochraniające bolesne brodawki u kobiet w czasie karmienia, — RESPIRATORY, — KLISOPOMPY metalowe i kauczukowe tak do lewatyw jak i do wstrzykiwań, — IRRYGATORY Dra Eguisiera, — WSTRZYKAWKI, — TUSZOWNICE, — WSTRZYKAWKI podskórne, — CIEPŁOMIERZE decimalne, — TRĄBKI do wzmocnienia słuchu, — KROPLOMIERZE, PĘCHERZE kauczukowe lub worki na lód, — SKUBANKA, — REZERWOARY moczowe, — KANKI kauczukowe, — SPECULA itd.

Na żądanie przesyła się cenniki franco.

Wkrótce wyjdzie z druku

Nauka położnictwa

dla uczących się i lekarzy.

przez

Dra Henryka Jordana

CZĘŚĆ I.

Fizyjologija i Dyjetetyka ciąży, porodu i połogu.

Dzieło wydane przez Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie i ozdobione licznemi rycinami.

CZĘŚĆ II.

obejmująca Patologiję i Terapiję ciąży, porodu i połogu wyjdzie w połowie 1881 r.

Dr. ANJELA

Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel

(na Szląsku austryjackim)

Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą. Leczenie za pomocą elektroterapii, miesienia, kąpieli z igliwija. Zakład jest przez cały rok otwartym.

Należy podać rękę szczęściu!

400,000 marek

jako główna wygrana w najkorzystniejszym razie **na najnowszéj wielkiéj loteryi** odbyć się mającéj za dozwoleniem i rękojmią wysokiego **Rządu**.

Korzystnie urządzonym jest nowy plan w ten sposób, że w ciągu niewielu miesięcy w 7 ciągnieniach **niezawodnie** rozlosowanych zostanie **46.640 wygranych** między któremi znajduje się główna wygrana względnie **400.000** mk. w szczególności zaś

Wygr.	marek	Wygr.	marek	Wygr.	marek
1	250.000,	5	25,000,	108	3,000
1	150.000,	2	20,000,	214	2,000
1	100,000,	12	15,000	533	1,000
1	60,000,	1	12,000	676	500
1	50,000,	24	10,000	950	300
2	40,000,	4	8.000	26.345	138
2	30,000,	52	5,000	i t. d.	

Najbliższe pierwsze ciągnienie téj wielkiéj przez Państwo **poręczonéj** loteryi **urzędownie** ustanowiono

już na 15 i 16 Grudnia rb.

a kosztuje do niego

1 cały los oryginalny tylko 6 mrk. czyli $3\frac{1}{2}$ Złr.
1 połowa losu oryg. 3 mrk. „ $1\frac{3}{4}$ „
1 ćwiartka „ „ $1\frac{1}{2}$ mrk. „ 90 kr.

Wszelkie zlecenia wykonane zostaną **natychmiast** z największą troskliwością **za nadesłaniem gotówki, przekazu pocztowego, lub za pobraniem pocztowém należytości**, a każdy otrzyma od nas herbem państwa opatrzony **los oryginalny** do rąk.

Do zamówień dołączymy potrzebne plany urzędowe gratis, a po każdém ciągnieniu każdemu interesantowi prześlemy bez żądania wykazy urzędowe.

Wypłata wygranych nastąpi zawsze zaraz **pod rękojmią Państwa**, a możemy ją przesłać albo wprost, albo na żądanie interesantów za pośrednictwem naszych stosunków po wszystkich większych miejscowościach monarchii Austro-węgierskiéj.

Naszemu zakładowi sprzyja zawsze szczęście i już nieraz wypłaciliśmy naszym interesantom **największe wygrane między innemi wygrane 250.000 Mrk. 225.000 mrk., 150.000 mrk., 100.000 mrk., 80.000 mrk., 60.000 mrk., 40.000 mrk.** itd.

Prawdopodobnie niezawodnie liczyć można przy takiém **przedsięwzięciu na najpewniejszéj podstawie opartém** na nader żywy udział, zechce więc każdy **ze względu na bliskie ciągnienie** wszelkie zlecenia **jak najrychléj wprost do nas** nadesłać.

Kaufmann & Simon

Kantor bankowy i wymiany w Hamburgu

Zakup i sprzedaż wszelkich rodzajów obligów państwa akcyj kolejowych i losów pożyczkowych.

P. S. Dziękujemy niniejszem za zaufanie, którym nas dotąd obdarzano i zapraszając przy rozpoczynającym się nowym losowaniu do udziału, starać się będziemy i nadal przez zawsze szybkie a rzetelne usłużenie zaskarbić sobie całkowite zadowolenie naszych szanownych interesantów.

Wyżéj podpisani.

W administracyi Przeglądu Lekarskiego

znajdują się do pozbycia następne dzieła oprawne:

BOCK. Handbuch d. Anatomie d. Menschen. 2 tomy 1838 3 złr.
KRAUS. Compendium der neuesten medizinischen Wissenschaften. 1875 4 złr.
BRAUN. Compendium der Frauenkrheitn. 1863. 2złr.
SPIELMANN. Diagnostik der Geisteskrankheiten. 1855. 1 złr. 80 cnt.
NIEMEYER. Pathologie u. Therapie 1865 2 tomy 7 złr.
Wiener med. Presse (opr.) 1872 2 złr.

ASTMY

Duszność, chrypka, katary zadawnione i wszelkie cierpienia kanałów oddechowych ustępują po użyciu **Rurek antiastmatycznych p. Levasseura**, 23 rue de la Monnaie w Paryżu.

NEWRALGIE

wszelkie **cierpienia nerwowe** każdéj chwili ustępują po użyciu pigułek antinewralgijnych Dra CRONIER. Skład w Paryżu w aptece p. Levasseur, rue de la Monnaie 23.

W Krakowie w aptekach PP. Trauczyńskiego i Redyka.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 11 grudnia 1880. № 50. Rok XIX.

TREŚĆ: I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W. RYDYGIER. Wycięcie raka odźwiernika żołądkowego, śmierć w 12 godzinach. — II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9). BOSSOWSKI. III. Choroby narządu trawienia. (Dok.) — III *Oceny i sprawozdania*: Prof. HOFMANNA: O medycynie sądowéj. (Dok.) LEYDEN. BILLROTH. CZERNY. SÄUGER — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Sekcyja lekarska Tow. Przyj. Nauk Pozn. — V. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* - VI. *Wiadomości bieżące.*

I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

Wycięcie raka odźwiernika żołądkowego, śmierć w 12 godzinach.

Podał Dr. Rydygier.

Ważność przypadku i historyczne jego znaczenie zniewala nas coprędzéj choć pobieżny jego opis umieścić w Przeglądzie, chcąc zarazem tém zaznaczyć, że po Francuzie J. Péanie, który pierwszą tego rodzaju operacyję wykonał, Polak drugą podjął: Péana chory umarł piątego dnia, nasz po 12 godzinach.

Nie myślę się już teraz zapuszczać w rozbiór niektórych arcyważnych i ciekawych kwestyj tyczących się té operacyi; będziemy do tego mieli sposobność na przyszłym kongresie chirurgów w Berlinie, gdzie zamierzamy przedłożyć nasze preparaty; nadto może już prędzéj opracuje te kwestyje kol. Dr. Webr, który podjął właśnie szereg odpowiednich eksperymentów.

Przystępujemy do opisu naszego przypadku.

M i k o ł a j e w i c z J u l i u s z, 64¾ lat liczący, utracił matkę na suchoty; ojciec umarł ze starości; o reszcie rodzeństwa nic nie wie, mianowicie nie przypomina sobie, żeby które cierpiało na raka. Sam dzieckiem będąc cieszył się dobrém zdrowiem; późniéj 8 lat służył w wojsku jako trębacz przy ułanach, następnie uwolniony ze służby, gdy po padnięciu z koniem dostał krwioplucia, pełnił przez 32 lat służbę urzędnika niższego przy sądzie, w którym to czasie przed 7miu laty przebył tyfus; a już w 40 roku życia zaczęły mu dokuczać hemoroidy od czasu do czasu krwawiące, ostatni raz przed 2 dniami. Kiedy 2 lata temu znacznie wystąpiły, zalecił mu lekarz zimne okłady. W tydzień późniéj poczuł raz z rana, że prawa ręka jest bezwładną, co wkrótce atoli zupełnie ustąpiło. Nie długo potém dostał zapalenia otrzewnéj, na które 6—8 tygodni przeleżał. Od tego czasu rozpoczęło się jego cierpienie żołądka; poprzednio nigdy na żołądek nie cierpiał; nie należał on też nigdy do pijaków nałogowych. W ostatnich 4—5 tygodniach pojawiły się w y m i o t y i bóle znacznie się powiększyły, mimo najściślejszéj dyjety i morfinu. Siły opuszczały chorego coraz bardziéj, tak że w końcu dostawał zawrotu głowy, kiedy koło południa z łóżka wstawał.

Badanie dnia 14go listopada 1880 uskutecznione po przyjęciu chorego do kliniki wykazało: Silnie zbudowany i wysokiego wzrostu mężczyzna cery brudno-bladéj. Zmarszczki i zdwojenia skóry, wiszącéj niby na ciele, okazują, że kiedyś podściółka tłuszczowa była obfitszą, chociaż i teraz zupełnie jeszcze nie znikła. P ł u c a zdrowe, tylko pod prawym obojczykiem nie wyraźne zgęszczenie. Nad s e r c e m szmer obok pierwszego tonu, również i nad naczyniami wielkiemi szyi; s t ł u m i e n i e s e r c a prawidłowe, a więc szmery pochodzą z niedokrewności. W ą t r o b a prawidłowych rozmiarów. Nad p ę p k i e m na szerokość jednego palca wyczuć można g u z na 2 palce szeroki, 3 palce długi; ułożony nieco skośnie od góry i prawéj strony ku lewéj na dół; większa połowa (⅔) guza leży po stronie lewéj od linii białéj; wyczuć można, iż guz ma powierzchnię gładką; jest nieco poruszalny, twardy, przy ucisku bolesny; ztamtąd téż bóle zwyczajne biorą swój początek. Zresztą b r z u c h niebolesny, tylko nieco w okolicy pęcherza; oddawanie moczu czasem utrudnione; m o c z nie zawiera białka, oddziaływa wyraźnie kwaśno, cokolwiek mętny.

Rozpoznaliśmy: *Carcinoma pylori ventriculi* bez zrostów z narządami przyległemi i prawdopodobnie bez przerzutów; dla tego uważaliśmy operacyję za możliwą i postanowiliśmy ją wykonać. Przysposobiliśmy się do niéj ćwiczeniami na trupie i na zwierzętach. Choremu zaś już od 14 listopada nie daliśmy żadnych potraw *per os*, tylko enemy odżywiające. Prócz tego staraliśmy się żołądek i kiszki wypróżnić za pomocą enem i olejku rącznikowego.

Dnia 16 listopada 1880 wykonaliśmy operacyję. Obecni byli prócz kol. Dr. Wehra, kol. Dr. Przewoski, radca zdrowia Dr. Wiener i Anderson. Pokój, w którym operacyję wykonaliśmy, był jak zwykle do laparotomii służący poprzednio

przez kilka dni odwietrzany i kwasem karbolowym wypryskiwany; kilka godzin przed operacyją stosowano spray parowy, podczas operacyi zaś mgły nie używaliśmy; zresztą zachowaliśmy wszelkie przepisy antiseptyczne jak najskrupulatniéj; pokój ogrzany do 20° R. Operacyję wykonaliśmy w następującym porządku:

Akt I. Przecięcie skóry warstwami od wyrostka mieczykowatego do pępka w linii białéj; zatamowanie dokładne krwotoku przed otworzeniem otrzewny i zeszycie otrzewny ze skórą katgutem. Teraz przekonaliśmy się, że nasze rozpoznanie zgadza się z rzeczywistością.

Akt II. Wydobycie zrakowaciałego odźwiernika na zewnątrz, o ile można, i założenie kompresoryjum elastycznego naszego pomysłu. Ku temu celowi odłączyliśmy najprzód od żołądka sieci wielkiéj i małéj tyle, ile było potrzeba do wsunięcia palca pod tylną ścianę żołądka, podwiązując krok za krokiem naczynia sieci. Oddzielenie tylnéj ściany żołądka i podprowadzenie pierwszego ramienia kompresoryjum wymagało nieco trudu. Przyłożenie drugiego ramienia wierzchniego i związanie kompresoryjum jedwabną nitką. Podobne postępowanie przy założeniu kompresoryjum na dwunastnicę. Tu atoli zdarzył nam się niemiły przypadek: mimo wszelkiéj ostrożności przy oddzielaniu tylnéj ściany i nieużywaniu żadnych narzędzi, tylko palca, dla nadzwyczajnéj cienkości ścian dwunastnicy [1]) naddarła się takowa; przez ucisk palcami i ponowne założenie kompresoryjum zapobiegliśmy wypłynięciu treści kiszek do jamy brzusznéj.

Akt III. Wycięcie guza. Przy oddzielaniu sieci wielkiéj i małéj krwotok dość silny, ligatury mianowicie *en masse* założone nieraz się ześlizgują; mimo to prędkie i nie zbyt trudne zatamowanie.

Akt IV. Zeszycie brzegów dwunastnicy z brzegami żołądka szwem po części potrójnym katgutowym: do szwu Czernego dodaliśmy jeszcze zeszycie błony śluzowéj tylnéj ściany kilkoma szwami. Ponieważ światło przeciętego żołądka znacznie (blisko o $^1/_4$) było szersze od dwunastnicy, więc wycięcie w okolicy krzywizny większéj klina z żołądka z podstawą skierowaną do brzegu przeciętego; zeszycie nowo powstałych brzegów pomiędzy sobą i na końcu z odpowiednim punktem dwunastnicy; drugi rząd szwów według Czernego założyliśmy od przodu przed odjęciem kompresoryjum, od tyłu po odjęciu tegoż. W ogóle założyliśmy do 60 szwów. Po założeniu szwów oczyszczenie pola operacyjnego, krwotoku nie ma. Przykrycie okolicy szwu od przodu siecią wielką, którą kol. Dr. Wehr 2 szwami do żołądka przymocował, pokrywając w ten sposób przedni szereg szwów już założonych.

Akt V. Zeszycie rany brzusznéj głębokiemi i powierzchownemi szwami z katgutu. Opatrunek Listerowski (gaza Brunsa).

Podczas operacyi, około 4 godziny trwającéj, wstrzyknięto 2 strzykawki kamfory podskórnie, chwilami bowiem chory zapadał. W pół godziny po operacyi odzyskał zupełną przytomność, wypytywał się np. o przebieg operacyi itd. Prócz nieco wina z 10 kroplami *Tinct. opii* nie dostał nic *per os*, tylko kilka enem z peptonu, do których dodawano także kilka kropli *Tinct. op.* ciepłota wahała się pomiędzy 35,8—36,7. Na wyraźne zapytanie oświadczył chory, że czuje tylko bóle w miejscu operacyi, a nie w całym brzuchu. O 12 godzinie w nocy niepokój, zastrzyknięto morfin. Około 2 godziny w nocy zaczął się skarżyć na ból i ściskanie w piersiach, zrywa się, chce siadać, następnie zapad, konanie i śmierć około 4 godziny rano.

Badanie pośmiertne wykazuje, że wszystkie zrakowaciałe części zupełnie wycięte zostały i o ile z jamy brzusznéj wnosić można (bo tylko tę otworzyliśmy), przerzutów rakowych nie było. Zapalenia otrzewnéj nie ma: trzewa połyskujące i brak zupełny wysięku; tylko w okolicy saméj operacyi bardzo mała ilość krwistosurowiczego płynu. Czy więc chory umarł z wycieńczenia sił lub téż z *sepsis acutissima*, czy nareszcie jedno i drugie się przyczyniło, trudno rozstrzygnąć. Wyjęty po śmierci żołądek z częścią dwunastnicy napełniliśmy wodą zaciskając dwunastnicę i przekonaliśmy się, że szew zupełnie szczelnie trzymał, tak że ani kropla wody nie przeszła.

Badanie preparatu: Część wycięta twarda, 5 cm. długa, niemal cylindryczna: wymiar poprzeczny wynosi $3^1/_2$ cm. Światło wewnętrzne jest zaledwie drożne dla końców złożonéj pincety, małym palcem przejść bez nadwerężenia ścian nie można. Na przecięciu widać naciek twardy, brudnobiaławo-szary, sięgający w średniéj części guza od błony śluzowéj aż do otrzewnéj, daléj na brzegach guza oddziela go od otrzewnéj cienka warstwa mięśniowa. Grubość ścian nowotworem nacieklych wynosi na najgrubszém miejscu $1^1/_2$ cm. (od przodu), na najcieńszém $^1/_2$ cm. (z tyłu i dołu). Cięcia oddzielające guz przypadły zupełnie w zdrowéj tkance: od strony dwunastnicy więcéj zdrowéj tkanki zostało przy guzie. W sieci wielkiéj 2 gruczoły nacieklé wycięte w połączeniu z guzem, pierwszy wielkości dużéj fasoli, drugi dużego grochu. W sieci małéj jeszcze trzeci gruczoł podobny do pierwszego.

Badanie mikroskopowe potwierdza i tak niewątpliwe rozpoznanie raka odźwiernika. Na zakończenie opisu powyższego przypadku dodam tylko tyle, że z obserwacyi téj nabraliśmy przekonania, iż operacyja wycięcia raka odźwiernika ma niewątpliwą przyszłość. Nie trzeba się zrażać pierwszemi niepowodzeniami. Wszak zupełnie tak samo rzecz się miała przy gastrotomiach i wycięciach kawałków kiszek, po pierwszych operacyjach zawsze następowała śmierć. Nie możemy się nawet innego przebiegu spodziewać przy tak trudnéj a delikatnéj operacyi, gdzie tyle okoliczności się składa na szczęśliwe jéj zejście. Trzeba będzie jeszcze dużo zastanowienia, zanim się uda pewne podstawy stworzyć i ściśle określić, a dotychczas prawie nic pod tym względem nie zrobiono. W każdym razie zgadzamy się zupełnie z orzeczeniem Czernego, że nie powinien nikt się zabrać do téj operacyi nie podjąwszy poprzednio ćwiczeń na trupie i zwierzętach.

W końcu podajemy opis kompresoryjum naszego pomysłu: Każde kompresoryjum składa się z 2ch ramion, ramię jedno przedstawia płaski pręcik żelazny, którego długość odpowiada szerokości odźwiernika (około 13—15 cm.) a szerokość 1 cm. Na końcu skierowanym ku górze jest małe nakarbowanie, żeby się nitka służąca do związania obu ramion nie zesuwała. Końce te górne mają być o ile możności krótkie, żeby nie przeszkadzały uniesieniu narzędzia podczas późniejszego szycia tylnéj ściany żołądka i dwunastnicy. Przed użyciem obwleka się każde ramię wężykiem kauczykowym, który poprzednio przez kilka dni leżał w 5%

[1]) Późniejsza obdukcyja wykazała znaczny zanik ścian dwunastnicy pochodzący może ztąd, że już od długiego czasu część ta nieomal była bezczynną, gdyż przez odźwiernik nic albo prawie nic nie przechodziło.

roczczynie kwasu karbolowego; ma to podwójny cel: raz że ucisk elastyczny jest daleko ładniejszy, powtóre że mamy zupełną pewność desinfekcyi. Na średnią $^1/_3$ część nareszcie wciągamy podwójnie wężyk, a to dla tego, że w skutek wygięcia po zawiązaniu końców, w środku ucisk nie byłby tak silny, jak po brzegach i łatwo mogłaby się tam zaciśnięta część wyślizgnąć. Kompresoryjum nasze elastyczne ma tę zaletę przed kleszczykami Kochera *(Centralblatt für Chirurgie Nr. 29)*, że na całéj przestrzeni równy ucisk wywiera, kiedy przyrząd Kochera, jak każde kleszcze, najbardziéj uciska blisko zamku, a im daléj ku końcom, tém słabszy ucisk. Prócz tego Kocher nie powlekł swego przyrządu gumą i dla tego ucisk jest tak silny, że po założeniu szwów wycina kawałki uciśnięte. Kompresoryjum elastyczne zasługuje także na pierwszeństwo przed ligaturą elastyczną Czernego *(Berliner klinische Wochenschrift Nr. 45)*, bo układa ściany żołądka i dwunastnicy płasko, podwójnie obok siebie i tém ułatwia bardzo szycie, kiedy ligatura elastyczna, jeżeli nie założona bardzo daleko od miejsca przecięcia, marszczy przekrojone ściany, nadto ucisk wszędzie rozdzielony na płaską przestrzeń nigdy nie potrzebuje być tak silny, żeby zapobiedz wyślizgnięciu, jak linearny ucisk ligatury, a wreszcie też nie wrzyna się tak bardzo.

Najłagodniejszy i najpewniejszy ucisk stanowią bez wątpienia palce d o b r z e w ć w i c z o n y c h i pewnych asystentów, ale trudno bardzo z 2 godziny uciskać w jednéj pozycyi przecięte końce, a przy najmniejszéj zmianie lub przesunięciu palców przesuwają się i ściany uciśnięte, przez co nadzwyczaj się utrudnia szycie, gdyż w rozmaitych odstępach czasu różne części ścian wtedy się stykają. Prócz tego grubość palców przeszkadza szyjącemu. Z tych przyczyn sądzimy, że kompresoryjum elastyczne zachowa stałe miejsce pomiędzy narzędziami potrzebnemi do wycięcia odźwiernika lub kawałków z kiszek.

Zwracamy na to uwagę, że przy użyciu kompresoryjum należy unikać za nadto silnego zawiązania nitek, do czego ma się mimowoli skłonność, z obawy przed możliwém wyślizgnięciem ujętych końców. Chcąc temu zapobiedz używaliśmy nitek gumowych, a dla pewności mamy zamiar spróbować jeszcze innych modyfikacyj, gdyż niebezpieczeństwo za nadto silnego ucisku jest większe, niżby się spodziewać można.

Nabyć można naszego kompresoryjum w fabryce instrumentów: Chr. Schmidt, Berlin, N. Friedrichstr. 105.

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego. 1874/5 do roku szkolnego 1878/9.

III.

Choroby narządu trawienia.

Zestawił Dr. K. Bossowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49.)

V. Choroby jelit.

N i e ż y t o s t r y i p r z e w l e k ł y dostarczyły 35 przypadków, z których większa część nie przedstawiała nic uwagi godnego. Więcéj dla dokładności, aniżeli osobliwości wspomnieć nam wypada, że u jednéj choréj z bardzo wiotkiemi ścianami brzusznemi, u któréj choroba trwała lat kilka, można było namacać dokładnie powiększone gruczoły kreskowe. W innym przypadku długotrwały nieżyt jelit u wieśniaka z rozedmą płucową, z nieżytem oskrzelowym i obrzękiem śledziony wywołał znaczną kacheksyję. Ostatecznie u młodzieńca, lat 26 liczącego, nieżyt jelit wraz z częstemi polucyjami był podstawą hypochondryi, przy któréj występowały przypady zadumy. W kilku przypadkach ostrego nieżytu połączonego z biegunką postrzegano białkomocz, na który to objaw zwracają uwagę F i s c h l i S t i l l e r (*W. med. W.* 1880, 18). Nieżyt mieszkowy z przeważném zajęciem jelit grubych spostrzeżono w 1 przyp. u kobiety cierpiącéj na tasiemca, która przez dłuższy czas nadużywała środków czyszczących. Zapalenie około jelita odchodowego, morzysko kałowe, zwątlenie jelit i guzy krwawnicowe, które to choroby dostarczyły niewielkiéj liczby przypadków, pominiemy zupełném milczeniem. Z a p a l e n i e o k o ł o j e l i t a ś l e p e g o *(peri-et paratyphlitis)* spostrzegano w 14 przyp., z których tylko 1 zasługuje na wzmiankę z powodu, że w przebiegu choroby wystąpiły przypady upośledzonéj drożności jelit, zaparcie stolca i napadowo występujące bóle w brzuchu, wśród których brzuch się wydymał, pętle jelit rysowały się przez powłoki brzuszne, czemu towarzyszyło głośne przelewanie się treści jelitowéj i wymioty; przypady te utrzymywały się kilka dni, poczém się zmniejszyły, a ustąpiły zupełnie po wessaniu wypociny zapalnéj. Na t a s i e m c a leczono 22 chorych, o których chyba tylko to namienić się godzi, że wszystkie nasze środki czerwiogubne, z wyjątkiem paprotki, wcale nie działają pewnie i owszem często bardzo zawodzą. W 1 przyp. bóle głowy połowicze *(hemicrania)* ustąpiły po wydaleniu tasiemca. Z pośród 7 przyp. r a k a jelita odchodowego zasługują na wzmiankę 2 przyp.; w jednym u kucharza, l. 38 liczącego, po 10-miesięczném trwaniu choroby wytworzyła się przetoka pęcherzowa przy współudziale pętli jelit cienkich, które za pomocą zrostów otrzewnowych ochroniły jamę otrzewnową od otwarcia, w drugim u wieśniaka, 35 lat liczącego, powstało w przebiegu choroby zapalenie rakowate otrzewnéj. Przypadek n i e d r o ż n o ś c i j e l i t skutkiem pierwotnego wrzodu grużliczego, za życia rozpoznanego, na inném miejscu opisanym zostanie; przypadek inny, w którym choroba ustąpiła przy użyciu prądu indukcyjnego, opisany został przez prof. Korczyńskiego (Spostrzeżenia kazuistyczne str. 44). Trzeci przypadek dosyć ciemny dotyczy choréj M. H., lat 47, z Działoszyc, u któréj na 3 miesiące przed przybyciem do kliniki, skutkiem uwięźgnięcia przepukliny pachwinowéj prawéj, powstały nagle przypady niedrożności jelit. Po odprowadzeniu przepukliny przypady te zmniejszyły się tylko, a w kilka dni późniéj utworzył się w okolicy pachwinowéj prawéj wielki obrzęk, z którego miała się wylać wielka ilość ropy. Po tém zdarzeniu dolegliwości choréj zmniejszyły się. Badanie kliniczne wykazywało przetokę w pachwinie wydzielającą nieco ropy i ogólnie znane przypady upośledzonéj drożności jelit cienkich. Po kilkutygodniowym pobycie, wśród którego obraz choroby prawie wcale się nie zmienił, chora opuściła klinikę.

VI. Choroby wątroby i przewodów żółciowych.

Ż ó ł t a c z k a n i e ż y t o w a (8 przyp.) nie nastręczała nic uwagi godnego, z wyjątkiem 2 przyp., gdzie doświadczono skuteczności mechanicznego ugniatania i stósowania prądu indukcyjnego na okolicę woreczka żółciowego według G e r h a r d t a *(Volkmann, kl. V.* Nr. 17). K a m y k i ż ó ł c i o w e *(cholelithiasis)* spostrzegano w 27 przyp., napadowi

morzyska żółciowego towarzyszyły w 2 przyp. dreszcze z następową gorączką, która w 1 przyp. dochodziła do 38·4°, w drugim do 39·1° C., pomimo że nie było wcale objawów zapalenia lub owrzodzenia przewodów żółciowych. Według doświadczenia prof. Korczyńskiego jest to przypad wcale nierzadki, a nawet zdarzają się przypadki, gdzie wśród przebiegu kamyków żółciowych występują typowo dreszcze z następową gorączką, które łudzą podobieństwem z zimnicą. Na szczegół ten autorowie niemieccy mało zwracają uwagi i tak np. Schüppel w obszernéj rozprawie o kamykach żółciowych (*Ziemssen Handb.* VIII. 1, 2 Abth.) wspomina tylko o przydarzaniu się przemijającego podnoszenia się ciepłoty wśród dreszczów. Przypadek raka pierwotnego w przewodzie wątrobowym został już opisany przez prof. Korczyńskiego (Spostrzeżenia kazuistyczne str. 30). Z 7 przypadkow raka wątroby zasługują na wzmiankę: przypadek u kobiety 45 letniéj, gdzie liczne i wielkie guzy w bardzo znacznie powiększonéj wątrobie, przy dokładniejszém badaniu przez prof. Browicza dokonaném, okazały się jako mięsaki, i przypadek u kobiety, 56 lat liczącéj, gdzie napady morzyska żółciowego i odchodzenie kamyków barwikowych, któremu towarzyszyła często pojawiająca się gorączka, dochodząca do 39·1° C., przy niemożności wymacania guza, były przyczyną omyłki rozpoznawczéj, którą dopiero w dalszym przebiegu spostrzeżono i przypadek jako rak wątroby z kamykami żółciowemi rozpoznano. Wieńcogłówki wątroby (*ecchinoccus hep.*) rozpoznano w 1 przyp. u włościanina 35-letniego na podstawie bardzo znacznego powiększenia wątroby, która w tylnéj części niejednostajnie wypychała przeponę ku górze, braku bólów i kacheksyi. Przypadek wątroby kiłowéj, rozpoznany za życia, przytoczyć nam wypada w streszczeniu dla rzadkiéj komplikacyi z gruźlicą i z zapaleniem ropném gruczołów pachwinowych i następowém zapaleniem ropném tkanki podotrzewnowéj, pomimo że obserwacyja kliniczna była bardzo krótką.

B. G. lat 57, urzędnik, ojciec czworga zdrowych dzieci. W 22 roku życia nabawił się trypra, obok którego znajdować się miał na prąciu wrzód, którego jednak chory bliżej opisać nie umie. Przy kilkotygodniowém używaniu kalomelu wrzód się zagoił. Odtąd cieszył się zupełném zdrowiem i nigdy nie spostrzegł żadnych zmian kiłowych. Choroba obecna rozpoczęła się przed 3ma laty bólami w okolicy wątroby, które stopniowo się zwiększały, do czego dołączyły się dreszcze, pojawiające się od czasu do czasu i kaszel, który stopniowo się zwiększał. W ostatnim roku dołączył się brak apetytu, osłabienie i wychudnienie. Przed miesiącem powstał ból w okolicy pachwinowéj prawéj, który chory wywodził z ucisku od opaski przepuklinowéj. Ból ten zwiększał się coraz bardziéj i utrudniał chodzenie; pojawiła się stała gorączka z dreszczami i te to przypady skłoniły chorego do udania się do kliniki, gdzie w d. 2 maja 1876 przyjęty został a w d. 5 maja życie zakończył. Badanie wykazywało: zapalenie różycowe skóry w pachwinie prawéj rozciągające się z jednéj strony na górną trzecią część wewnętrznéj powierzchni uda a z drugiéj strony na dolną część brzucha, ogólne wyniszczenie, upadek sił, gorączkę znaczną, objawy nieżytu szczytowego, mierną puchlinę brzuszną, powiększenie śledziony, wątrobę nierówną, twardą, bolesną. Badanie pośmiertne wykazywało: na kości czołowéj lewéj i potylicowéj dwa miejsca lekko zagłębione, sino czerwone, ściśle odgraniczone, wielkości centa. W mózgu oznaki zaniku miernego stopnia. W jamie opłucnowéj prawéj około litra cieczy mętnéj, a opłucna płatu dolnego pokryta dość znaczną warstwą wypociny włóknikowéj. W szczycie prawym blizna, a obok niéj dość liczne ogniska serowate, suche. W płacie górnym lewym kilka guzów wielkości orzecha laskowego, na rozkroju częścią zupełnie zserowaciałych, suchych, częścią szaro-różowych bezpowietrznych z rozsianemi drobnemi ogniskami serowatemi. W ścianie komórki lewéj serca gdzie niegdzie białawe drobne blizny; mięsień sercowy żółtawobrunatny, kruchszy. Wątroba pomniejszona, guzowata, na powierzchni w licznych miejscach zaklęsła. W miejscach tych torebka zgrubiała a w miąższ wątroby wnikają szerokie pasma tkanki bliznowatéj. Na wypukłéj powierzchni płatu prawego 2 ogniska wypełnione cieczą ropiastą; obwodowa część tych ognisk twarda, różowo-szaro zabarwiona, ściśle od reszty miąższu odgraniczona. Miąższ wątroby zbity, ciemnobrunatny, poprzerzynany licznemi pasmami tkanki łącznéj. Śledziona 19 cm. długa, ciemno-wiśniowa, zbita; na torebce 2 blizny na 3—4 milim. wgłąb wnikające. Nerki dotknięte zapaleniem śródmiąższowém miernego stopnia. W jamie otrzewnowéj mierna ilość płynu surowiczego. Otrzewna ścienna zasiana bardzo licznemi szarawo przeświecającemi guzkami W błonie podśluzowéj jelit, począwszy od dwunastnicy, a w największéj ilości w jelicie czczém wzdłuż przebiegu naczyń, i w kreskach guziczki wielkości soczewicy częścią ciemno czerwone, częścią szare. W jelicie ślepém wrzód wielkości 4ch centów o brzegach dosyć cienkich, nieregularnych, sięgający do błony mięsnéj. Gruczoły około pnia żyły wrotnéj i wzdłuż żył dolnych powiększone, soczyste. Gruczoły pachwinowe po obydwu stronach wraz z tkanką około gruczołową ropiasto naciekłe, a naciek ropny rozszerza się w tkankę podotrzewnową obydwu zatok biodrowych.

Marskości wątroby (*Cirrhosis hepatis*) spostrzegano 15 przyp., z których 2 zakończyły się śmiercią. Ze stanowiska etyjologicznego zasługują na uwagę 3 przyp. gdzie z bardzo wielkiém prawdopodobieństwem przyczyną choroby było zakażenie zimnicze, a to tém bardziéj że na fakt ten, który nie tak rzadko daje się stwierdzić w naszych okolicach zimniczych, dotychczas mało zwracano uwagę. Twierdzenie Cantaniego (*Virchow-Hirsch Jahresber.* 1870 II. 170), że zimnica pociąga za sobą dość często marskość wątroby, nie zostało dotąd poparte liczniejszemi spostrzeżeniami, tak samo jak twierdzenie Botkina (*die Contractilität der Milz* 1874), że marskość wątroby rozwija się także po innych chorobach zakaźnych, mianowicie po tyfusie i cholerze, oczekuje dotąd potwierdzenia.

Przyp. 1. S. J., lat 42, garncarz z Kołaczyc, przyjęty 18/X. wyszedł 23/XII 1876. Napojów wyskokowych nie tylko nie nadużywał ale nawet wcale nie używał. W dziecięctwie przebył zimnicę; o jéj trwaniu nic podać nie umie. Odtąd był zupełnie zdrów. Z początkiem sierpnia 1876 nabawił się zimnicy trzeciaczki, która z początkiem września zamieniła się w zimnicę codzienną. W tym czasie pojawiły się tylko raz wymioty, zresztą nie było najmniejszych przypadków żołądkowych. Z końcem września dreszcze ustąpiły, co wieczór jednak pojawiać się miała gorączka, a w tym czasie spostrzegł chory szybko wzmagającą się puchlinę brzuszną. Badanie kliniczne wykazywało zwykłe objawy marskości zanikowéj a po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznéj tém dokładniéj stwierdzono twardość brzegu wątroby, który przy głębokim wdechu dał się namacać pod łukiem żebrowym. Tylko ziemiste zabarwienie skóry bez śladu żółtaczki i obrzęk śledziony, niestosunkowo większy aniżeliby to odpowiadało krótkiemu trwaniu choroby, nakoniec stan podgorączkowy pod wieczór przez cały czas obserwacyi powtarzający się, który 5 razy doszedł do 38·8, odróżniały ten przypadek od innych. Mimo zażywania chininu i rozczynu Fowlera puchlina brzuszna wzmagała się szybko. W lutym 1877 według wiadomości, udzielonéj uprzejmie przez Dra Cięglewicza, puchlina brzuszna dojść miała do bardzo znacznych rozmiarów.

Przyp. 2. M. S., lat 32, rymarz, przyjęty 17/XI 1875, wyszedł 24/II 1876. Przyznaje się do używania, a niekiedy i nadużywania, napojów wyskokowych. Choroba obecna rozpoczęła się zimnicą czwartaczką, która po trzechtygodniowém trwaniu zamieniła się na trzeciaczkę, nakoniec na zimnicę codzienną aż do czasu przyjęcia do kliniki się powtarzającą. Przed 3 tygodniami spostrzegł chory puchlinę brzuszną, począł doznawać bólów w dołku podsercowym, stracił apetyt, a przed tygodniem spostrzegł żółtaczkę. Skóra śniado-żółta, brzuch znacznych rozmiarów, płyn w położeniu na wznak sięga wyżéj pępka, mięśnie brzuszne rozstąpione, przez szczelinę ztąd powstałą czuć w dołku podsercowym twardy, niebolesny brzeg wątroby, któréj stłumienie w położeniu na bok lewy w linii pachowéj sięga od dolnego brzegu 7go do dolnego brzegu 10go żebra; śledziona niemacalna, stłumia odgłos od górnego brzegu 8go do 11go żebra a w wymiarze podłużnym od linii pachowéj środkowéj do linii prostopadle przez kąt dolny łopatki poprowadzonéj. Mocz skąpy wysycony; nieznaczna puchlina nóg. W pierwszych 3 dniach z rana ciepłota 37·9,

a wśród dnia poty, późniéj stan bezgorączkowy, dopiero w dniu 16 i 17 lutego ciepłota ranna 38·4° C. Mimo używania chininu w ilości 1·5 grm. dziennie aż do 6 grudnia puchlina brzuszna, a z nią i opuchlina nóg, wzmagały się, dopiero w tym czasie, przy podniesieniu dawki chininu na 2 grm. dziennie, ilość moczu powiększyła się do 2300 cm. na dobę, puchlina brzuszna poczęła maleć, żółtaczka i opuchlina nóg ustąpiły, apetyt wrócił, śledziona malała tak dalece, że w dniu wyjścia w jamie otrzewnowéj znajdowała się tylko mała ilość płynu, odżywienie było o wiele lepsze, wypuk śledziony prawie o połowę mniejszy, mimo to jednak pod łukiem żebrowym lewym można było wyczuć twardy brzeg śledziony, a co ważniejsza pod względem rozpoznawczym, że przy niezmienionych wymiarach wątroby brzeg lewego płatu pozostał tak twardym jak z początku.

Przyp. 3. J. K., lat 43, szewc ze Skawiny. W dziecięctwie przebył odrę, czerwonkę i często miał zapadać na przypady gastryczne. W 19tym roku życia przebył zimnicę trwającą rok, po któréj powstać miała puchlina brzucha i nóg $1^1/_2$ roku trwająca. W 30tym roku dur brzuszny. Choroba obecna rozpoczęła się w jesieni 1874 dreszczami, nieregularnie się pojawiającemi, którym towarzyszyły przypady żołądkowe i uczucie pełności w boku lewym. W zimie tego roku cierpiał na biegunkę; na wiosnę 1875 r. dreszcze i ból w boku lewym dokuczały choremu mocno; w jesieni w 1875 r. przebył żółtaczkę, któréj nie towarzyszyły żadne dolegliwości w podżebrzu prawém i w tym czasie spostrzegł powiększanie się rozmiarów brzucha. W maju 1876 r. przebywał przez 3 tygodnie w klinice z rozpoznaniem marskości wątroby na tle zimniczém. Wymiary wątroby były małe, obwód brzucha wydętego płynem wolnym wynosił w wysokości pępka 102 cm.; śledziona macalna jako obrzęk twardy niebolesny o brzegu zbitym grubym, sięgającym do wysokości pępka, a stłumienie jéj w wymiarze podłużnym wynosiło 30, w wymiarze poprzecznym 16 cm. Po wyjściu z kliniki puchlina brzuszna powiększała się i wytworzyła się przepuklina pępkowa, na którą chory kilkakrotnie przystawiał pijawki, które przegryzając cieniutką powłokę na szczycie przepukliny, sprawiały, że chory za każdym razem pozbawiał się sporéj ilości płynu. Napojów wyskokowych nigdy nie używał. Do kliniki przybył powtórnie 24 października 1877 r.—Badanie wykazywało znaczne upośledzenie odżywienia, ogólną opuchlinę miernego stopnia, ze znaczną przewagą puchliny brzusznéj, przepuklinę pępkową wielkości pięści wypełnioną mocno płynem otrzewnowym, cerę ziemisto-bladą, powiększenie znaczne śledziony, zmniejszenie wymiarów wątroby, białkomocz dość znacznego stopnia, mocz w ilości 1300 cm., o ciężarze gatunkowym niskim (1012), tętno słabe między 100—112, ciepłotę ranną prawidłową, a wieczorną między 37·9 a 38·2° C. W dniu 29/X wypuszczono 12 litrów płynu o ciężarze gatunkowym 1014, który zawierał 1% białka. W dniu 3/XI dostrzeżono, że opuchlina brzuszna napowrót szybko się zwiększa, i że na mosznach obrzmiałych pojawiła się róża, któréj towarzyszy stan gorączkowy (38·5° C.) Nazajutrz zajęła róża całą przodkową część brzucha, chory był mocno osłabiony, skarżył się na nudności i ból w brzuchu potęgujący się przy głębokim wdechu, przy kaszlu i przy ruchach. Umarł w dniu 7/XI. Protokół sekcyjny opiewa w streszczeniu: Skóra ziemista. Mózg niedokrewny. Płuca obrzękłe. Opłucne w licznych miejscach pozrastane. Na osierdziu plamy ścięgniste. Serce w wymiarze poprzecznym powiększone, komórka lewa pojemności prawidłowéj, prawa rozszerzona. W jamie otrzewnowéj znaczna ilość płynu surowiczego mętnego, z licznemi strzępkami włóknika; otrzewna wszędzie gładka, lśniąca, tylko na przepuklinie pępkowéj ćma, wypociną włóknikowo ropną pokryta. Wątroba do połowy zmniejszona waży 1015 grm.; powierzchnia grubo-ziarnista, miąższ na rozkroju blady, niedokrewny wykazuje liczne i wydatne ziarnistości po nad poziom przekroju się wypuklające. Śledziona waży 1135 grm., jest 23 cm. długa, 12 cm. szeroka, a 6 cm. gruba; na rozkroju miąższ ciemno-wiśniowy, miękki. Nerki pomniejszone, nierówne, torebka schodzi trudno, istota korowa zwężona blado-żółtawa. Tkanka podskórna na mosznach i brzuchu surowiczo-ropno naciekła. Badanie drobnowidowe wątroby wykazało: Między grupami zrazików wśród tkanki międzykomórkowéj obfity naciek komórkowy, wsuwający się gdzieniegdzie w obwodowéj części zrazików między komórki wątrobowe. Komórki wątrobowe w całym miąższu powiększone, drobno-ziarniste, jądro niewyraźne, gdzieniegdzie krople tłuszczu. Badanie nerek dało następujący wynik: Komórki przybłonkowe w przeważnéj ilości zmienione na grudki ziarniste, w małéj tylko części komórki zachowały swój pierwotny kształt, pierwoszcze ich jest jednak bardziej ziarniste. Cewczki wypełnione w części wałeczkami szklistemi. Koło naczyń większych mierny naciek komórkowy. Zapalenie ropne tkanki podskórnéj na brzuchu przeniósłszy się na otrzewnę przepukliny pępkowéj było w tym przypadku przyczyną śmierci.

Tylko w 1 przyp. marskość wątroby występowała w postaci przerostowéj (*cirrh. hypertrophica*), tak jak ją w nowszych czasach opisują Francuzi; przypadek ten, jako nie zakończony sekcyją, nie przedstawia nic uwagi godnego. W jednym przypadku marskości, gdzie mimo późnego okresu choroby wymiary wątroby były większe, jako przyczynę tego zjawiska uważano tę okoliczność, że marskość rozwinęła się w wątrobie poprzednio skutkiem rozedmy płucowéj powiększonéj. Przypadek zapalenia żyły wrotnéj w tym czasie leczony opisany już został przez Dra Smoleńskiego (Pam. Tow. lek. warsz. 1880 str. 1).

VII. Choroby otrzewnéj i gruczołów zaotrzewnowych.

Z 8 przyp. zapalenia otrzewnéj przypadek więcéj zajmujący opisany już został przez Dra Smoleńskiego (Pam. T. l. w. 1880 str. 24). Z pośród 3 przyp. przeobrażenia gruczołów zaotrzewnowych jeden dotyczył zwyrodnienia mięsakowego tychże u kobiety z polipem mięsakowym macicy, drugi rozrostu skrofulicznego gruczołów zaotrzewnowych, bardzo znacznego stopnia, u choréj lat 16 liczącéj, trzeci nakoniec u kobiety, l. 29 liczącéj, przedstawił się jako zwyrodnienie serowate gruczołów z następową gruźlicą płuc i jelit.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **Lehrbuch der gerichtlichen Medicin**, II Auflage, II Hälfte, Wien 1880, Urban et Schwarzenberg, in 8vo, str. 401—867, z 35 rycinami.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

Psychopatologija sądowa jest rozdziałem całkiem nowym i dlatego obszerniéj nad nim zastanowić się musimy. Autor dzieli naukę tę na 3 główne rozdziały, w miarę tego, czy się rozchodzi o wątpliwą poczytność, rozrządzalność lub możebność złożenia ważnego świadectwa, przytaczając wszędzie odnośne przepisy z prawa karnego i cywilnego.

Po kilku krótkich i zwięźle rzecz wyczerpujących uwagach nad zdolnością rozeznawczą, własnowolnością i wolnością woli, zgodnych z obecném pojęciem tych kwestyj, dzieli osoby, których poczytność może być wątpliwą na 3 kategoryje: na osoby nieletnie, na osoby z wrodzonemi lub wcześnie nabytemi stanami psychopatologicznemi, a wreszcie na takie, które poprzednio dojrzałe pod względem umysłowym nabyły zboczeń umysłowych, trwałych lub przemijających. Ze stanów do drugiéj kategoryi należących zastanawia się autor obszernie nad obłąkaniem moralném, które zgodnie z zapatrywaniem większości psychijatrów i lekarzy sądowych przypuszcza, jednak słusznie radzi wtedy tylko rozpoznać takowe, jeżeli brak uczucia moralnego objawiający się w czynie zbrodniczym odnieść się daje do przyczyny chorobowéj a względnie do wadliwego ustroju umysłowego. Wyliczając zboczenia, które pod względem klinicznym u osób takich napotykamy, zastanawia się autor obszerniéj nad przewrotném uczuciem płciowém, a zestawiając odnośne przypadki z literatury podnosi owe zagadkowe przypadki przewrotnego tego uczucia, w których ludzie doznawają uczuć rozkoszy płciowéj

na widok zwierząt konających lub wijących się śród wielkich boleści; tak np. Lombroso wspomina o dwóch osobach, którym nasienie wytryskiwało, gdy zabijali kurczęta i gołębie, oraz o znakomitym poecie, który doznawał rozdrażnienia płciowego na widok mięsa krwawego, w jatkach wiszącego; tu przypomina autor i owego „dręczyciela kurcząt," który, jak świadkowie przy rozprawie ostatecznéj we Wiedniu zeznali, zwykł był przygotować się do wybryków płciowych dręcząc i zabijając kurczęta, gołębie, gęsi i inne ptaki; tu należą także owe przypadki, w których mężczyźni dopuszczają się napaści szczególnego rodzaju na kobiety, odcinając im warkocze lub raniąc je w okolicę części płciowych, lub w których popełniają kradzieże na odzieży niewieściéj, jak np. bieliznie, trzewikach.—Podział zboczeń umysłowych nabytych jest zwięzły a potrzebom lekarza sądowego odpowiadający, przy czém słusznie zwraca uwagę, że ustawy karne już nie żądają od lekarza, aby rozpoznał szczegółową formę obłąkania, lecz domagają się tylko orzeczenia, czy człowiek cierpi na zboczenie umysłu, lub czy rozwój umysłu jest niedostatecznym. Autor rozróżnia choroby umysłowe czyste, do nich zaliczając zadumę, manię i niedołęztwo, i powikłane, do których należą: obłąkanie porażenne, padaczkowe, macinnicze i wyskokowe. W podziale tym, bardzo zresztą praktycznym, nie znajduje dla siebie pomieszczenia pomięszanie umysłu, o którém autor tylko mimochodem wspomina (str. 759), że według nowych spostrzeżeń forma ta nie koniecznie jest następową, bo może być i pierwotną; o pomięszaniu następowém wspomina późniéj znów nawiasowo mówiąc o niedołęztwie nabytém (str 772), a pierwotném zaś tylko przy badaniu rozrządzalności (str. 830). — Natomiast formy wyżéj wyliczone opisuje dokładnie ze stanowiska sądowolekarskiego, najobszerniéj traktuje obłąkanie padaczkowe i wyskokowe, a przy opisie ostatniego wspomina i zboczeniach umysłowych, występujących skutkiem nadużycia trucizn mózgowych, przyczém dodaje, że morfinica już dwa razy była przedmiotem badania sądowolekarskiego we Wiedniu: w jednym przypadku przy fotografie skazanym na areszt 24 godzinny znaleziono strzykawkę i rozczyn morfinu, a gdy mu jedno i drugie odebrano, popadł nazajutrz w stan szaleństwa, które rozpoznano jako morfinicę; gdy go wypuszczono i zwrócono mu przedmioty odebrane, biedny ten człowiek zaledwie wyszedłszy na kurytarz więzienia zastrzyknął sobie morfinu; w drugim przypadku lekarz przytrzymany na kradzieży usiłował czyn swój haniebny tłumaczyć zwichnieniem umysłu, wywołaném przez nadmierne użycie morfinu. — Następuje rozdział o badaniu stanu umysłowego przy dochodzeniu poczytności wątpliwéj, w którym autor nie tylko zwraca uwagę lekarza sądowego na wszystko, co przy téj ważnéj czynności uwzględnić należy, ale roztrząsa także pytania więcéj teoretyczne co do orzekania o poczytności w ogóle i co do poczytności zmniejszonéj,—rozumie się samo przez się, że zdania jego licują najzupełniéj ze znanemi nowszemi zapatrywaniami.

W rozdziale o dochodzeniu wątpliwéj rozrządzalności po uwagach ogólnych nad przepisami ustaw cywilnych, i nad sposobem, w jaki lekarz sądowy wywiązać się powinien z zadania swego w obec przepisu żądającego, aby lekarz oświadczył się, czy badany jest „obłąkany lub niedołężny," znajdujemy liczne i bardzo praktyczne wskazówki co do stanów, które według doświadczenia najczęściéj stają się powodem dochodzenia rozrządzalności (tępota umysłowa w wieku schyłkowym, udary mózgowe, afazyja, niedołęztwo porażenne, głuchoniemota, pomięszanie pierwotne), daléj uwagi nad porą zniesienia kurateli, a wreszcie zastanawia się autor nad pewnemi aktami cywilnemi osób nie pozostających pod kuratelą, a których ważność może jednak być sporną, jak zawarcie małżeństw lub spisanie ostatniéj woli; tu przytacza kilka bardzo ciekawych testamentów z dzieł obcych, jak np. ostatnią wolę Queensleya w Cambridge, który prosił, aby na skórze jego spisano Iliadę Homera a manuskrypt ten przechowano w muzeum angielskiém,—testamenty, w których umierający przeznaczyli legaty na rzecz koni, psów, kotów, papug, a nawet na rzecz karpia, — testament pewnego notaryjusza szwajcarskiego a zarazem handlarza win, który to testament mieścił w sobie kontrakt zawarty między notaryjuszem z jednéj a Bogiem wszechmocnym z drugiéj strony w sprawie wspólnego handlu win. — W końcu jest mowa o rozrządzalności samobójców i pismach przez nich pozostawianych.

Najkrótszym jest dział trzeci, traktujący o wątpliwéj zdolności złożenia ważnego świadectwa, przy czém znachodzimy trafne uwagi nad samooskarżaniem się lub oskarżaniem osób trzecich ze strony obłąkanych.

Podawszy w krótkości nader obfitą treść psychopatologii sądowéj przyznać zarazem musimy, że autor w zupełności osiągnął cel swój, który w przedmowie określa w ten sposób, „iż na podstawie nowszych prac niemieckich i zagranicznych chciał dać pogląd na obecny stan psychijatryi i zastósowania jéj do celów sądowych i że się spodziewa, iż przegląd ten wystarczy, aby praktycznemu lekarzowi sądomemu dać główne podstawy do badania i orzekania o stanie umysłowym." Również dobrze wywiązał się autor z zadania swego, uwzględniając nowsze badania antropologiczne na zbrodniarzach o tyle tylko, o ile one nie pozostają w sprzeczności z obecnie obowiązującém prawodawstwem karném.

W postaci swéj obecnéj dzieło prof. Hofmanna odpowiada wszystkim potrzebom lekarza sądowego i podaje mu nie tylko wszystkie podstawy do należytego wykonywania ważnych czynności sądowolek., ale co ważniejsza pobudza go do myślenia samodzielnego i zastanowienia się nad kwestyjami jeszcze nie rozstrzygniętemi.

Rejestr nadzwyczaj dokładny ułatwia w każdym szczegółowym przypadku odnalezienie przedmiotu. Tylko pod względem typograficznym wydanie 2gie nie jest tak ozdobném jak pierwsze; pochodzi to ztąd, że z powodu znacznego pomnożenia treści i dodania 95 rycin wypadało koniecznie wypuścić interlinije i dać więcéj druku drobnego, aby objętości, a tém samém i ceny znacznie nie powiększyć.

L. Blumenstok.

E. Leyden: **Kliniczne spostrzeżenia nad chorobą Brighta.**

I. Ubyt nerek. Bartels, którego podział w ostatnich czasach prawie ogólnie był przyjęty, odróżnia, jak wiadomo, zapalenie nerek miąższowe ostre i przewlekłe od zapalenia śródmiąższowego, jako dwie od początku zupełnie odrębne postacie, daléj odróżnia w zapaleniu śródmiąższowém pierwotny ubyt nerek, równie jako zupełnie oddzielny proces, i następowy ubyt, jako rzadkie zejście zapalenia miąższowego przewlekłego. Otóż co do piérwszéj połowy tego podziału Leyden, z uwagi że granica między zapaleniem miąższowém a śródmiąższowém nie jest wcale ścisłą, że obie te formy prawie zawsze są z sobą zmięszane w większym lub mniejszym stopniu, że nerka, w której badanie pośmiertne nie wykazuje zapalenia śródmiąższowego, nie dowodzi wcale,

aby miała taką pozostać w późniejszym okresie lub przy większém natężeniu zapalenia, radzi przyjąć wspólną nazwę: „*nephritis diffusa acuta et chronica*“, tém więcéj, że i objawy kliniczne są zupełnie jednakowe

Ubyt nerek Bartelsa tak pierwotny, jak następowy uważa Leyden, ze stanowiska klinicznego, jako zbiór pewnych stałych objawów uwydatniających się zmianami w narządzie krążenia, nie mniéj w ilości i jakości wydzielanego moczu. Znane te objawy dają pewien stały, ściśle oznaczony, obraz chorobowy. Ze stanowiska anatomicznego, odrzuca odrębność, jaką Bartels nadał ubytowi nerek, uwzględniając, że stanowi on bardzo często ostateczne zejście całkiem różnorodnych spraw, które wszakże za życia nie mogą być rozpoznane dając jeden i ten sam obraz chorobowy. Pojedyncze te rodzaje nerki ubytowéj, inaczéj marskości nerki, są następujące:

1) Biała ziarninowa nerka, odpowiadająca następowemu ubytowi Bartelsa, przedstawia zejście t. z. miąższowego zapalenia.

2) Drugi rodzaj stanowi powikłanie zwyrodnienia skrobiowatego naczyń nerki z marskością, najczęściéj jako objaw kiły późnéj; co jest pierwotne, czy zwyrodnienie lub marskość, nie łatwo rozstrzygnąć.

3) Biała wielka nerka, gdzie nie ma ubytu, dopiero badanie histologiczne wykazuje wyraźne zmiany śródmiąższowe.

4) Ostatni rodzaj odpowiada pierwotnemu ubytowi Bartelsa, nerce dnawej Anglików.

Nie zaprzecza autor, że nerka taka nie zostaje w żadnym związku z zapaleniem miąższowém, uważa jednak jako istotną cechę téj formy właściwe schorzenie naczyń tętniczych, zostające w związku z ogólną arteriosklerozą. Zwyrodnienie to tętnic zgadza się wedle autora z anatomicznym opisem Gulla i Sutona; wiadomo zaś, że Bartels tę formę nerek przedstawił jako typ zapalenia śródmiąższowego.

W końcu tłumaczy autor powstawanie białkomoczu we wszystkich postaciach zapalenia nerek zmianą i utratą przybłonka kanalików; dla przerostu zaś serca, występującego w przebiegu marskości nerki, stawia nową hypotezę, przyznając nerkom obok właściwych funkcyj własność regulowania parcia krwi w aorcie.

II. Kilka uwag o chorobach nerek zostających w związku z ciążą. W téj drugiéj części swéj pracy omawia autor rozmaite postacie schorzenia nerek u ciężarnych. Odróżnia następujące rodzaje:

1) Nerka ciężarnych. Niejednokrotnie badanie moczu ciężarnych wykrywa białko, mianowicie w późniejszych okresach ciąży, znikające w parę dni po porodzie, również znane są przypady eklamptyczne zamącające nie mało prawidłową ciążę lub następowy poród, a zostające w związku z tego rodzaju białkomoczem (*Lever*). Zachodzi pytanie, czy białkomocz ten jest wyrazem sprawy zapalnéj w nerkach się toczącéj lub jakiéj innéj? Odpowiadając na to pytanie przychyla się autor więcéj do zdania Frerichsa i Rosensteina, zbija zaś zapatrywanie Bartelsa, wedle którego zapalenie miąższowe nerek ostre ma być przyczyną białkomoczu w tych przypadkach. Ani badanie anatomiczne nerek, wykazujące jedynie stłuszczenie przybłonka kanalików, co więcéj wybitną niedokrewność kory, ani badanie mikroskopowe moczu, wreszcie bezpowrotne znikanie białka po porodzie, nie dozwalają autorowi przypuścić jakiejkolwiek sprawy zapalnej w nerkach. Upośledzenie czynności nerek, wywołane przeszkodami w krążeniu w skutek ciąży, nie zaś sprawy głębsze zapalne uważać należy jako przyczynę pojawiającego się białkomoczu.

2) Zapalenie ropne miedniczek i nerek zdarza się u ciężarnych, do czego je usposabia ucisk macicy na pęcherz i cewkę moczową, po porodzie zwyczajnie ustępuje.

3) Zapalenie nerek w skutek ciąży lub połogu występuje jako ostre zapalenie nerek podczas ciąży i w połogu, albo dołącza się do chorób zakaźnych, nagabujących ciężarne, albo występuje samoistnie. Takie samoistne zapalenie nerek, tj. gdzie się nie da wynaleść żaden inny moment przyczynowy, stawia autor w związek przyczynowy z istniejącą ciążą lub odbytym połogiem.

4) Ostre i przewlekłe zapalenie nerek występujące podczas ciąży, ale zupełnie od niéj niezależne. Do działu tego odnoszą się przypadki, w których kobieta dotknięta zapaleniem nerek, najczęściéj przewlekłém, zastępuje, odróżnienie tego rodzaju zapalenia już przed zastąpieniem istniejącego od zmian w nerce pod 1) opisanych j es nader trudném, mianowicie w późniejszych okresach ciąży; jedynie dokładne wywiady, ścisłe i częste badanie moczu może usunąć nasuwającą się wątpliwość. Wpływ ciąży na przebieg zapalenia nerek jest najczęściéj niepomyślny, pogorszenie bowiem sprawy chorobowéj i jéj objawów jest zwykłym skutkiem téj na pozór niewinnéj kombinacyi. (*Zeitschrift f. klin. Med. II. B.*). *Dr. K. Bossowski.*

Prof. Billroth: **O litotrypsyi.**

Sprawozdanie Dra. H. Blumenfelda w Krakowie.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Wiedniu (dnia 22 października b. r.) prof. Billroth mówił o litotrypsyi. a wykład jego ze względu na doniosłość poczynionych w nim uwag tak co do samego rękoczynu, jakoteż co do leczenia przygotowawczego i następowego zasługuje na rozpowszechnienie.

Aż do niedawnych czasów trzymano się przy wykonywaniu litotrypsyi niektórych zasad, które krępowały działanie operatora. Jedną z najważniejszych była zasada, aby zaniechać operowania przez dłuższy przeciąg czasu w pęcherzu. Civiale zadowalał się posiedzeniem pięciominutowém, a Thompson nawet tylko trzyminutowém. Trudno jednak przypuścić, iżby ostatni zawsze przestrzegał tego tylko przeciągu czasu, gdyż w takim razie nie podobna uwierzyć, jakby w dwóch lub trzech posiedzeniach był w stanie skruszyć największe, jak podaje, kamienie i następnie takowe wydalić. Są jeszcze dwie okoliczności, na które przy litotrypsyi szczególną zwracano uwagę, a mianowicie na obecność ropnego zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych i na wpływ silnie drażniący, wywołany odłamkami kamienia skruszonego na pęcherz chory. *Cystitis purulenta* i *Pyelitis* stanowiły poniekąd przeciwwskazanie przy wykonywaniu litotrypsyi i starano się przed przystąpieniem do rękoczynu usunąć lub przynajmniej złagodzić wspomnione przypady chorobowe. Że odłamki twarde, o brzegach ostrych (moczany, szczawiany) są w stanie silnie podrażnić pęcherz i w skutek kurczowego ściągnięcia się pęcherza koło tychże gwałtowne wywołują bóle, łatwo można pojąć. W takich przypadkach było zasadą szybko rękoczyn powtórzyć. — Ciekawém jest atoli, że wtedy przekładano operować bez narkozy, aby chory zupełnie przytomny ostrzegał operatora objawem bólu, gdyby tenże narzędziem uchwycił ścianę pęcherza. Uzasadnienie to wątpliwéj jest wartości, gdyż jest pewném, że część ściany pęcherza uchwycona raz narzędziem tak silnie, że chory

z bólu krzyczy, ulegnie prawie zawsze w skutek doznanego ugniecenia rozpadowi nekrotycznemu. Wykonanie zaś właściwego rękoczynu bez narkozy jest trudném, a w przypadkach, gdzie posiedzenia szybko po sobie mają nastąpić, prawie niemożebném. Z czasem jednak przekonano się, że narkoza w niczém nie przeszkadza operacyi, owszem znacznie takową ułatwia, że chory mniéj cierpi, że objawy kurczowe ze strony pęcherza są daleko łagodniejsze, że można częściéj wprowadzać i wyjmować narzędzia nie wywołując większéj następowéj reakcyi. Zarazem próbowano przedłużać posiedzenia, a gdy to bez szkody dla chorego uskuteczniono, stało się wkrótce zasadą, aby odłamki wydalać po każdém posiedzeniu. W tym celu skonstruowano cewniki z wielkiemi otworami, a późniéj przyrządy, które przez przypływ i odpływ wody wstrzykniętéj wydalały coraz dokładniéj wszelkie odłamki i piasek. Od tych ulepszeń aż do obecnie panującéj zasady, aby w jednem posiedzeniu skruszyć i wydalić w zupełności kamień, było już nie daleko. Zasadę tę ustanowił i przeprowadził Bigelow nazywając ten sposób operowania litolapaksyją (ἅπαξ, raz jeden). Naturalną jest rzeczą, że têm samém posiedzenia musialy się stać dłuższemi i Bigelow podaje że operował czasem przez trzy godziny, bez przerwy, chcąc w jedném posiedzeniu wielkie i małe kamienie wydalić i to z dobrym skutkiem. W nowszych czasach przyłączył się i sławny Sir Henry Thompson do tego sposobu operowania.

Z własnych doświadczeń co do wyniku wspomnionego sposobu operowania przytacza B. 6 przypadków, wykonanych w ciągu ostatniego roku, zawsze z dobrym skutkiem. Posiedzenie trwało w jednym przypadku aż dwie godziny i prócz silnego dreszczu nie było żadnych nieprzyjemnych następstw. Nowa ta metoda litotrypsyi zasluguje zatém na uwagę, têm bardziéj że rezultaty innych operatorów również są korzystne. Słusznie Bigelow odradza początkującym wykonania litolapaksyi, gdyż mniéj wprawnemu łatwiéj się zdarzyć może przeoczenie niektórych odłamków, które pozostawszy w pęcherzu gwałtowne mogą wywołać odczyny.

Szczęśliwe atoli przeprowadzenie litolapaksyi zawisłém jest, według zdania Billrotha, od pewnych warunków. Niebezpieczeństwo bowiem przy tym sposobie operowania nie leży w ropieniu błony śluzowéj pęcherza, ani téż w znacznem rozpulchnieniu takowéj i skłonności do krwawienia, lecz przeważnie w amonijaku, zawartym w moczu alkalicznym, a następnie w zapaleniu błonicowém, jakiemu taki pęcherz moczowy zwykł ulegać. Na błonie śluzowéj znachodzą się liczne strzępki nekrotyczne; na powierzchni lub w tkaninie takowych osadzają się fosfaty a wnikanie tych cząstek w tkaninę samego pęcherza sprowadza zawsze zapalenie błonicowe pęcherza z skłonnością prędkiego szerzenia się, a w otoczeniu tegoż wywołuje sposoczenie i rozległe pozaotrzewnowe ropnie.

Co się tyczy działania amonijaku na tkaniny, a w szczególności na tkaninę pęcherza, odwołuje się autor do prac własnych nad istotą gorączki i ropnia, dokonanych przed 15 laty. Przy doświadczeniach w tym celu robionych szukał środka, któryby wstrzyknięty w tkankę podskórną wywołał podwyższenie ciepłoty i zapalenie ropne. Próbował między innemi także węglanu amonu i przekonał się, że tenże wstrzyknięty w ilości 3—4 grm. wywoływał u silnych psów najpierw zapalenie ropne z dążnością szybkiego szerzenia się i wreszcie zgorzel skóry. Wkrótce potém doświadczył Stricker, że amonijak jest jedyną istotą, będącą w stanie wywołać na błonie śluzowéj tchawicy zapalenie podobne dławcowemu. Drażniąca zatém własność amonijaku oddawna jest znaną. W roku 1868 ogłosił Simon pracę, w któréj się zajął pytaniem, dla czego wśród pewnych okoliczności ślina i mocz stają się istotami tak szkodliwemi, że aż wywolują zgorzel. Wstrzykiwał sobie samemu własny mocz pod skórę i przekonał się, że tenże w ilości $\frac{1}{2}$—1 uncyi zostaje zupełnie wessany bez szkodliwych następstw. Doszedł więc do wniosku, że mocz prawidłowy nie posiada własności trujących i że tylko wtedy powstaje zgorzel, jeżeli się wielka ilość moczu w tkaninę dostaje. Autor nie zgadzał się nigdy z têm zapatrywaniem, gdyż doświadczył, że tkanka podskórna znosi daleko większe prężenie bez szkody. Tego samego roku udowodnił Menzel, że wprawdzie mocz prawidłowy nie posiada własności drażniących, od chwili zaś, gdy przechodzi w fermentacyję staje się bardzo szkodliwym. Obecność cząstek nekrotycznych zakaża mocz, wywołując fermentacyję; takowy dostawszy się następnie w tkaninę wywołuje przykre następstwa nacieku moczowego.

Rozchodzi się zatém przy litolapaksyi przedewszystkiém o wydalenie amonijaku z moczu alkalicznego czyli innemi słowy o ukwaszenie tegoż. Możemy to w rozmaity sposób uskutecznić. Podawanie chorym wielkiéj ilości napojów (aby pęcherz często przepłukiwać) może już doprowadzić do pożądanego celu. Nie ulega wątpliwości, że skuteczność wód alkalicznych w Karlsbadzie na wspomnionéj tylko polega podstawie. Stosowanie miejscowe kwasów, w slabych rozczynach za pomocą wstrzykiwań często bywa skutecznem. Co do skuteczności podawania kwasów wewnętrznie, robił autor doświadczenia kwasem fosforowym, będźwinowym, solnym i azotowym, przyczém się przekonał, że zwykle już 5go, czasem dopiero 8—10go dnia, mocz oddziaływać zaczyna kwaśno. Zdarzają się wyjątkowe przypadki, w których się mocz, nawet po 3—4 tygodniach, nie ukwasza. Mamy wtedy zwykle do czynienia z kamieniem, którego powierzchnia nierówna okazuje głębokie zagłębienia i szczeliny. W nich osadzają się liczne gromady bakteryj, które dostając się do moczu ciągłą utrzymują fermentacyję. Skruszenie takiego kamienia wywołuje zmięszanie się tych bakteryj z skąpą ilością moczu, powstaje fermentacyja, wywiązywanie się znacznéj ilości amonijaku i ostatecznie zapalenie błonicowe pęcherza.

Mocz ukwaszony jest blady i przeźroczysty, czasem nawet bledszym niż w skrobiowatém przeistoczeniu nerek. Brücke przypuszcza, że przyczyną tego jest znaczne rozcieńczenie, Billroth atoli przypisuje tę zmianę barwy oddziaływaniu kwasów wprost na barwiki moczowe, gdyż kwas fosforowy, podawany bez większéj nawet ilości napojów, nadaje już moczowi wspomnione zabarwienie. Osoby z znacznem ropieniem miedniczek nerkowych i pęcherza nie znoszą moczu kwaśnego; dostają boleści w okolicy nerkowéj, częstego parcia na mocz i te objawy wracają i ustępują w miarę podawania i usunięcia kwasów, tak że w podobnych przypadkach z kwasami ostrożnie postępować należy.

Po wydaleniu węglanu amonowego z moczu chorzy mają się znacznie lepiéj. Apetyt wraca, nudności, wymioty, rozwolnienie i krwotoki ustają a błona śluzowa znosi lepiéj narzędzia wprowadzone.

W roku 1877 ogłosił Edlefsen pracę o nieżycie pęcherza, w któréj donosi, że przez podawanie balsamu kopaiwianego i terpentyny można, w krótkim czasie, usunąć fermentacyję alkaliczną moczu. Że zaś środki te, jako szko-

dliwie oddziaływające na żołądek, nie wszyscy chorzy znoszą, przeto Edlefsen szukał innego środka odpowiedniejszego i znalazł takowy w chlorku potasu. Podawał on co dwie godziny łyżkę rozczynu 5 procentowego (15:300), tak że chory spożył przez dzień koło 5 grm. chlorku potasu. Skutek był nadzwyczaj korzystny, mocz bowiem szybko się ukwasił i wyjaśnił. Że chlorek potasu w téj dawce może być niebezpiecznym, o tém nie było najmniejszéj wzmianki. W ostatnich czasach mówiono wiele o przypadkach otrucia chlorkiem potasu. Że zaś wszystkie te przypadki zdarzyły się w błonicy, przeto autor nie ufał rozpoznaniu otrucia i raczéj przypuszczał porażenie serca, które się w błonicy często zdarza.

W jednym przypadku, tyczącym się mężczyzny 64-letniego, chorego na kamień, podawał i autor, według wskazówek Edlefsena, chlorek potasu. Przyjęto chorego 21 czerwca 1880 r. Od lat 15 cierpi na objawy kamienia moczowego. Mocz oddziaływa mocno alkalicznie i zawiera krew i ropę. W dniu przyjęcia podano: *Kali chlor. 15,00 Aq. 500,00 Syr. cort. aur. 50,00.* Prócz tego przestrzykiwano pęcherz słabym rozczynem kwasu solnego. Następnego dnia mocz jeszcze mętny ale już kwaśny. Chory ma się w ogóle dobrze. 23go czerwca mocz kwaśny i przeźroczysty. Dla tego téż przystąpiono tego samego dnia, a więc 3 dni po podawaniu chlorku potasu, do litotrypsyi w zamiarze skruszenia i wydalenia kamienia w jedném posiedzeniu. Kamień 3 cm. szeroki, średniéj zbitości, trudny do uchwycenia. Posiedzenie trwało 15 minut. Po przebudzeniu się z narkozy silne parcie na mocz. Koło wieczora założono cewnik. W nocy chory doznawał częstego parcia na mocz, zresztą miał się dobrze. W ciągu następnego dnia wyżył znowu 5 grm. chlorku potasu. Wieczorem zrobiono mu wstrzyknięcie podskórne małéj dawki morfinu w celu zmniejszenia parcia, lecz skutek był ujemny. Mocz przybrał barwę czerwonawo-brunatną. Koło północy chodził po pokoju, późniéj się położył i spał spokojnie. O godzinie 4 z rana posługaczka przystąpiwszy do jego łóżka zastała go nieżywego. Chorzy w tym samym pokoju leżący nic w nocy nie zauważyli. Nie spostrzeżono żadnych objawów ciężkiéj jakiéjś choroby.

Sekcyja wykazała: Istota rdzeniowa mózgu brudno biała, nieco brunatnawa; komórki prawidłowych rozmiarów zawierają brudno-brunatną surowicę. W sercu krew płynna barwy brudnéj, czerwonawo-brunatnéj. Pęcherz zawiera nieco mętnego moczu i kilka odłamków. Miąższ śledziony czarno-brunatny. Nerki znacznie przekrwione, nabrzękłe.

Dziwne zabarwienie krwi zwracało głównie uwagę. Prof. Ludwig, zbadawszy krew, oświadczył, że śmierć nastąpiła prawdopodobnie w skutek otrucia chlorkiem potasu, chociaż takowego we krwi wykryć nie było można. Chory wyżył wszystkiego 45 grm. chlorku potasu w ciągu dni trzech. Niedawno ogłosił Marchand rozprawkę o otruciu chlorkiem potasu; we wszystkich jego przypadkach okazywała krew owe brunatne zabarwienie. Jako objawy podaje wymioty, nudności, mocz krwawy, rozwolnienie, kurcze i śpiączkę. W tym przypadku nie było wprawdzie żadnych z wspomnionych objawów, dziwne atoli zabarwienie krwi brunatne dozwala przypuścić, że śmierć nastąpiła w skutek otrucia chlorkiem potasu.

W końcu autor radzi nie podawać tego środka nad 2—3 grm. na dzień i lepiéj dłużéj czekać na skutek pożądany, aniżeli większemi dawkami narazić życie chorego.

Prof. Czerny: **Dodatek do resekcyi kiszek.**

Chora, u któréj Cz. wykonał podwójną resekcyję w kiszce grubéj, o czém umieściliśmy sprawozdanie w Nr. 49 Przeglądu, umarła dnia 8 Listopada 1880, a więc w 6 miesięcy i 11 dni po operacyi. Przy sekcyi znaleziono następujący stan w miejscu operacyi: kiszka gruba poprzeczna przebiega zaledwie w długości 25 cm. w kierunku poziomym, późniéj zwraca się wprost na lewo i ku dołowi w długości 16 cm., ztąd w miejscu odpowiadającém bliźnie zewnętrznéj biegnie ku górze na przestrzeni 6 cm. i kończy się w jamie podłużnéj wielkości jabłka, któréj ścianę zewnętrzną tworzy m. biodrowy i zewnętrzne pasmo mięśni brzucha, ścianę przednią i wewnętrzną kłębki rakowato zwyrodniałych gruczołów kreskowych; ściany jamy w zupełności rakiem zajęte. W jamie téj ma również ujście od dołu odbytnica, a od strony lewéj i od góry pierścieniowata pętla kiszki grubéj. z ścianą przednią jamy zrośniętą jest silnie pętla kiszki cienkiéj, któréj światło zatkane jest guzami rakowatemi na znacznéj przestrzeni. Po stronie prawéj brzucha leżą zwoje kiszek zupełnie wolno, gdy po lewéj reszta kiszek jest nieruchoma.

Wystąpiła więc spodziewana przez Cz. recydywa i przewidywana już przy operacyi z powodu powiększenia gruczołów kreskowych, a wystąpiła tém złośliwiéj, o ile rak wycięty należał do miękkich rdzeniowatych, rozpad sąsiednich tkanek za sobą pociągających. O miejscu zeszycia albo o szwach nie można było przy sekcyi myśleć, gdyż miejsca te uległy zupełnemu zniszczeniu. *(Berl. klin. Woch. Nr. 48).*

Dr. T. W.

M. Sänger. **Niebezpieczeństwo z przyczyny użycia pilokarpinu w niestósownym czasie przy eklampsyi.**

S. widział, w własnym i w dwóch innych przypadkach, ciężkie objawy zaduszenia, wśród ostrego obrzęku płuc występujące po zastrzyknięciu podskórném pilokarpinu w eklampsyi. Chora S. przebyła szereg napadów eklampsyi, operacyję kleszczową w narkozie, porodziwszy dziewczynkę donoszoną, żywą, zawiniętą została w mokre prześcieradła, zażywszy poprzednio morfin. Napady wystąpiły znów po porodzie. Po zastrzyknięciu 0,02 pilokarpinu wystąpił groźny obrzęk płuc i objawy zaduszenia z bardzo obfitym ślinotokiem; jako odtrutkę wstrzyknięte 0,0006 *Atrop. sulf.* Ponieważ czynne wykrztuszanie nie nastąpiło, musiano gromadzący się i zalegający w odetchach śluz stósownie usuwać. Napad nie powtórzył się więcéj, chora wyzdrowiała. Dwie inne chore przebyły również wiele napadów eklamptycznych, nim podano pilokarpin: pierwsza już porodziła, umarła w 12 godzin po zastrzyknięciu, po którém napad więcéj nie wystąpił; druga umarła przed porodem, w szóstym miesiącu ciąży, gdy działanie pilokarpinu już od paru godzin ustało. S. wyprowadza objawy zaduszenia z niedostatecznego wykrztuszania niezwykle wielkiéj ilości śluzu, z obrzęku płuc, z osłabienia czynności serca i chwilowego zamykania się głośni powiększonym i ku tyłowi opadającym językiem. W wszystkich trzech przypadkach napady eklamptyczne ustały po zastrzyknięciu pilokarpinu; chore były jednak już tak bardzo osłabione, wrażliwość zwrotna tak dalece upośledzoną, że działania pilokarpinu pokonać nie były w stanie. S. mniema, że pilokarpin, którego korzystny wpływ na poród jest niewątpliwym, należy zaraz w początkach eklampsyi podawać. (*Arch. f. Gynäkol. 14. pg. 412*). *Kra.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. B.) Echeverria: Małżeństwo i dziedziczność u epileptyków. Z 136 epileptyków (62 mężczyzn, 74 kobiet) pochodziło według zestawienia autora 553 dzieci; z tych

urodziło się nieżywych	m. 9,	ż. 13,	razem 22
zmarło wcześnie z konwulsyj	„ 89,	„ 106,	„ 195
z innych chorób	„ 16,	„ 11,	„ 27
było dzieci epileptycznych	„ 42,	„ 36,	„ 78
„ „ idyjotycznych	„ 11,	„ 7,	„ 18
„ „ chorych na umyśle	„ 5,	„ 6,	„ 11
„ „ porazonych	„ 22,	„ 17,	„ 39
„ „ hysterycznych	„ —	„ 45,	„ 45
„ „ z pląsawicą	„ 2,	„ 4,	„ 6
„ „ z zézem	„ 5,	„ 2,	„ 7
„ „ zdrowych	„ 63,	„ 42,	„ 105
	„ 264,	„ 289,	„ 553

Daléj podaje E., że epilepsyję matki częściéj przenoszą na dzieci, aniżeli ojcowie, że epileptycy już pozostający pod wpływem dziedziczności płodzą tylko 13·39% dzieci zdrowych, podczas gdy epileptycy bez skłonności dziedzicznéj płodzą 26.81% dzieci zdrowych. Z powyższéj liczby 136 epileptyków tylko 7 płodziło same zdrowe dzieci. Średnio u połowy (49.72%) wszystkich dzieci spłodzonych przez epileptyków występują objawy padaczki. Cyfry te przemawiają wymownie przeciw stósowności zawierania małżeństw ze strony ludzi cierpiących na padaczkę. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* 1880, Nr. 23).

(K. G.) Otwieranie ust przez niedosłyszących omawiano na międzynarodowym Zjeździe otyjatrycznym w Medyjolanie. Dr. Löwenberg upatrywał przyczynę w tém, że szelest powstający przy przechodzeniu powietrza przez tylną część nosa nie dozwala chorym wyraźnie słyszeć, aby więc zapobiedz temu szelestowi oddychają oni ustami. Dr. Fournié mniemał, że otwieranie ust przyczynia się do rozszerzania zewnętrznego przewodu usznego, że więc w skutek wchodzenia większych ilości powietrza chorzy lepiéj słyszą mając usta otwarte, niż gdy je zamkną. Prof. Politzer zwrócił jednak na to uwagę, iż ruchy szczęki dolnéj wywierają wpływ na trąbkę słuchową i że z młoteczkiem zrośnięte przednie więzadło zostaje w związku ze stawem szczękowym, tak iż w skutek ruchów szczęki nastaje zmiana napięcia w narządzie do przewodzenia fal głosowych. Dr. Saccolini przychylił się do tego pojmowania rzeczy. (*Gesundheit* 1880. Nr. 19).

(Kra.) Leczenie oparzenia. Na tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Gdańsku podał Dr. Nitsche, lekarz w Zeltweg w Styryi bardzo prosty sposób leczenia oparzeń, oparty na licznych własnych doświadczeniach. Nasamprzód nie przecinając pęcherzów oczyszcza ranę dwuprocentowym karbolem a następnie pokrywa ją pokostem stolarskim (olej lniany i biel ołowna), w którym przy ogrzaniu rozpuszczono 5% kw. salicylowego. Po wyschnięciu jednéj warstwy pokostu nakłada drugą a na tę warstwę watę Brunsa 2—3 cm. grubą, którą przytwierdza opaską elastyczną. Najczęściéj nie występuje wcale ropienie, a zabliźnienie następuje pod warstwą pokostu, która po upływie pewnego przeciągu czasu w postaci suchéj powłoki odpada. Jeżeli zaś gorączką i bolesnością zdradzi się na pewném miejscu ropienie, natenczas wyskubuje watę tylko na tém miejscu i jeśli ropienie nie zajmuje nad 5 cm. średnicy, posypuje ją proszkiem salicylowym; jeżeli zaś większą zajmuje przestrzeń, wycina w opatrunku okienko, posypuje proszkiem salicylowym i pokrywa watą. Blizny wytwarzają się zupełnie gładko, o równéj powierzchni i nie ulegają przerostowi.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lekarska Tow. Przyj. Nauk Pozn.

Posiedzenie z dnia 4go listopada rb.

Przewodniczący: kol. Kaczorowski

Obecnymi na posiedzeniu byli: koll. Batkowski, Grodzki, Jerzykowski, Koszutski, Kapuściński, Kaczorowski, Wicherkiewicz, Osowicki i sekretarz.

Po przeczytaniu i przyjęciu sprawozdania z ostatniego posiedzenia mówi kol. Kaczorowski o kilku świeżych przypadkach tyfusu osutkowego i powrotnego z nienormalnym przebiegiem gorączki. Spadała ona powoli pod koniec napadu, przytém znachodziły się dość często powikłania z zapaleniem płuc. Kol. Kapuściński przytacza kilka przypadków tyfusu brzusznego, obserwowanych przez niego w ostatnich czasach i podaje zarazem w krótkości przebieg choroby.

Następnie mówi kol. Jerzykowski o uklejach włóknistych szyjki macicznéj, wykazując, że objawy, przez ukleje wywołane, bywają niekiedy tak odmiennéj natury, iż znajomość tychże dla praktycznego lekarza jest konieczną. Po największéj części przeważają objawy krwotoków, boleści, oraz upławy śluzowo-ropiaste; jednakże nieraz brak tychże, a niekiedy występują już bardzo wcześnie objawy macinnictwa, gdy tymczasem upławy w bardzo nieznacznym pojawiają się stopniu, a krwotoki mało co się wyróżniają od upływu miesiączkowego. Prelegent przeszedł potém szczegółowo spostrzegane przez siebie przypadki chorobowe i zastanowił się pokrótce nad sposobami operowania tego rodzaju narośli. Zdaniem kol. Jerzykowskiego najlepszém jest proste wycięcie nożycami (Siebolda, Charrièra itd.), gdyż dosięga się takowemi najlepiéj i najwygodniéj uklejów, krwotok bywa niewielki, boleści nieznaczne, a nadto przychodzi rzadko do zapaleń części przyległych, naturalnie jeśli się tychże podczas operacyi nie obraziło. Ten sposób operowania stosował kol. Jerzykowski we wszystkich swych przypadkach i nigdy żadnych złych nie widział następstw; to też zaleca go bardzo i namienia, że do innych metód operowania dopiero wtenczas uciekać się należy, gdy dla ważnych przyczyn wycięcie jest niemożliwém.

Wreszcie namienia referent o używaniu resorcynu jako środka przeciwgorączkowego w zakładzie dziecięcym św. Józefa. Tak w klinice jak w poliklinice dawano przez dłuższy czas zalecany ten przez Lichtheima preparat i skonstatowano nader powolne tylko zmniejszenie się ciepłoty, ktora po krótkim już czasie do dawniejszéj przychodziła wysokości. Stanu ogólnego rozdrażnienia, o którém wspomina Lichtheim, prawie nigdy nie widziano. Z nader dobrym skutkiem używano w zakładzie w zimnicach podskórnych wstrzykiwań dwusiarkanu chininu. Jedna do dwóch wstrzykawek 10% rozczynu wystarkała do zupełnego zniszczenia napadów. Dwusiarkan chininu przewyższa inne preparaty chinowe tém, że raz rozpuszczony w ciepłéj glicerynie z wodą nie krystalizuje więcéj w zwyczajnéj temperaturze, że nie potrzeba przy rozpuszczaniu żadnych dodawać kwasów i że nigdy nie wywołuje ropni, co o innych preparatach powiedzieć się nie da.

Sekretarz *Dr. Święcicki.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* W Paryżu ukonstytuowało się pod przewodnictwem p. Koechlin-Schwartza towarzystwo, mające na celu rozpowszechnienie palenia zwłok ludzkich.

* Według obliczenia Eschericha (*Aerztl. Intell. Bl.*) w Bawaryi dochodzi do lat 50 (na 100 osób) pastorów protestanckich 53, nauczycieli 41, adwokatów 36, księży katolickich 34, a lekarzy tylko 26.

Statystyka epidemij. W tygodniu 46 (do 13 listopada) ospa rozszerzyła się bardziéj w Londynie. Leczyło się w szpitalach 127, świeżo zapadło 31, umarło 17. I w Paryżu umarło znacznie więcéj, bo 26, za to w szpitalach leczyło się 122, w Budapeszcie i Wenecyi umarło po 6, w Maladze 10; w Wiedniu 12, w Madrycie 23, w Rzymie 26. Z duru osutkowego umarło 5, w Walencyi 2, w Madrycie 22. Z płonicy umarło w Berlinie 30, w Londynie 84, w Stokholmie i Petersburgu po 12, we Lwowie 49, w Warszawie 8. W tygodniu 47 umarło

w Krakowie: 1 z ospy, 2 z płonicy, 3 z błonicy, 1 z gorączki połogowéj, 1 z czerwonki, a doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach ospy i ospianki, 2 krztuśca, 11 płonicy, 7 błonicy, 3 duru brzusznego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 46 umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 37,6; we Lwowie 43,7; w Warszawie 24,3; w Poznaniu 25,3; w Wiedniu 23,6; w Budapeszcie 31,7; w Pradze 29,4; w Berlinie 25,6; w Wrocławiu 21,7; w Mnichowie 23,3; w Gdańsku 22,3; w Dreźnie 23,6; w Lipsku 21,4; w Genewie 18,4; w Brukseli 29,4; w Amsterdamie 20,4; w Paryżu 26,0; w Londynie 23,3; w Kopenhadze 19,7; w Stokholmie 30,6; w Chrystyjanii 22,3; w Petersburgu 36,6; w Odesie 26,0; w Rzymie 29,5; w Wenecyi 21,8; w Bukareszcie 23,7; w Madrycie 30,5; w Barcelonie 28,6; w Bombayu 30,3; w Madrasie 34,2. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 grudnia. Prof. fizyjologii Piotrowski zapadł był ciężko na *Angina Ludovici*; obecnie ma się znacznie lepiéj.

* **Wiedeń**. W ustroniu swojém w Perchtelsdorf, gdzie bawi od czasu złożenia profesury, prof. Hyrtl obchodził d. 7 bm. urodziny swoje 70te. Wszystkie stowarzyszenia lekarskie wiedeńskie przesłały jubilatowi życzenia swoje, Wydział lekarski wysłał dziekana swego prof. Hofmanna z powinszowaniem, a Kolegijum doktorskie kazało wybić medal na cześć zasłużonego anatoma, który znów wywdzięczając się za te owacyje ofiarował kwotę 1000 zlr. na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach. Wiadomo, że gdy niedawno prof. Langenbeck obchodził w Berlinie uroczystość swoję, Cesarz austryjacki przesłał mu wielki krzyż orderu imienia swego; dotąd nie słychać, aby rząd niemiecki w podobny sposób uczcił zasługi uczonego austryjackiego.

* **Paryż**. Jeneralny prokurator francuski w mowie mianéj d. 3 listopada wyraził się ubliżająco dla czynności znawców sądowych. W skutek tego wszyscy lekarze i chemicy, używani do czynności sądowolekarskich i chemicznych przy sądach paryskich, oświadczyli, że odtąd nic wspólnego ze sądami mieć nie chcą. Prokurator jeneralny widział się zmuszony odwołać publicznie swój zarzut, poczém dopiero znawcy oświadczyli gotowość podjęcia na nowo swych czynności. — Przy téj sposobności dowiadujemy się, że w Paryżu wszystkich znawców lekarzy i chemików jest 21, a mianowicie: profesorowie Wydziału lek. Lasègue, Vulpian, Regnauld, Depaul, Lefort, Brouardel, Doktorowie: Bergeron, Laugier, Gallard, Descoust, Vibert, Le Paulmier, Blanche, Motet, Lunier, Voisin, Legrand du Saule, Magnan i chemicy: L'hote, Boutmy, Magnier, Riche i Bardy. (*Annales d'hyg. publ.* 1880, Decemb.)

* **Mianowania i odznaczenia**. Drowie Jan Becker i Franciszek Mraček potwierdzeni zostali przez Ministerstwo jako docenci prywatni w Wydz. lek. we Wiedniu, pierwszy do chorób dzieci, a ostatni do syfilidologii.

* **Nekrologija**. W Hali umarł Dr. Juliusz Vogel, profesor patologii ogólnéj, dawniéj i kliniki lekarskiéj oraz anatomii patologicznéj, w 66 roku życia. Napisał on wspólnie z Neubauerem znany podręcznik o badaniu moczu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 48: Matlakowskiego: Z kliniki chirurg. prof. Kosińskiego. III. Kilka ciekawszych nowotworów; (dok.)

Redakcyja otrzymała:

Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych dla królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z W. K. Krakowskiém. Rok 1880, Nr. 1—42. (Numery 2, 8 16, 17 27—33 zawierają rozporządzenia lekarzy i weterynarzy obchodzące).

Dr. Stan. KOŚMIŃSKI. Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyję, akomodacyję i ostrość widzenia (podług E. Landolta). (Osobne odbicie z „Medycyny") in 8vo Warszawa 1880, str. 43.

Dr. J. WARSCHAUER: O wartości chlorku pilokarpinu w błonicy. (Osobne odbicie z Przegl. Lek.) in 8vo str. 17.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę dnia 15 grudnia o godzinie 5téj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém kol. Dr. Pisek okaże preparat wgłobienia jelit z opadem ślepego jelita przez odbytnicę z dodaniem kilku uwag nad tym przedmiotem.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie posiedzenie w Poniedziałek d. 13 grudnia rb. o godzinie 5 po południu w Sali Akademii Umiejętności, na którém: 1) nastąpi wybór Sekretarza Komisyi; 2) podaną zostanie wiadomość o wystawie balneologicznéj, która się odbędzie w r. 1881 w Frankfurcie nad Menem; 3) przedstawioną zostanie sprawa utworzenia Sekcyi balneologicznéj na Zjeździe polskich lekarzy i przyrodników we wrześniu 1881. 4) prof. Dr. Olszewski przedstawi pracę p. Krzyżanowskiego „O wodzie tylickiéj i borowinie z Tylicza.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 18 grudnia 1880. № 51. Rok XIX.

TREŚĆ: I. Z kliniki okulistycznéj prof. Rydla. MACHEK. Przypadek przerostu fałdu półksiężycowego. — II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9). GLUZIŃSKI. IV. Choroby układu nerwowego. — III. Z oddziału śp. prof. Loebla we Wiedniu. MENDELSBURG. Mięsak wrzecionowo-komórkowy *(Sarcoma fusocellulare)* mózgu, serca, płuca lewego, jelita cienkiego, gruczołów limfatycznych i skóry. — IV. *Oceny i sprawozdania*: HUETERA: Chirurgija ogólna. — Jad wąglikowy i szerzenie się zarazy śledzionowéj. 4. BERLIN. FISCHER. — *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Posiedzenie Sekcyi lwowskiéj. Tow. lek. gal. — VI. *Odcinek*: CASSINA. Wnioski c. k. kraj. Rady zdrowia mające na celu uregulowanie praw i obowiązków t. zw. cyrulików. — JANISZEWSKI. Listy z Berlina. III. — VII. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* - VIII. *Wiadomości bieżące.*

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1881 **rok dwudziesty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi; honoraryjum co kwartał obliczane Administracyja Przeglądu Lek. i w roku przyszłym wypłacać będzie szan. współpracownikom punktualnie.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii.

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Z kliniki okulistycznéj Prof. Dra Rydla.

Przypadek przerostu fałdu półksiężycowego.

Podał asystent Dr. Emanuel Machek.

Do ogłoszenia niżéj opisanego przypadku skłaniają mnie dwa powody. Czynię to najpierw dla tego, że nie znalazłem w żadnym podręczniku, nie wyjmując nawet wielkiego zbiorowego dzieła wydanego przez Alfreda Graefego i Saemischa, hociażby wzmianki o przeroście fałdu półksiężycowego, z czego wynika, że mamy do czynienia z nadzwyczaj rzadkim przypadkiem, a potém dla tego, że i etyjologija tego przypadku jest bardzo ciekawą. Tak z wywiadów jak z przebiegu choroby wynika bowiem, że przyczyną, która w skutkach swoich przerost fałdu wywołała, było wystąpienie krwi pomiędzy blaszki tegoż fałdu. Zanim jednak przystąpię do wytłumaczenia związku, jaki zachodził pomiędzy wylaniem się krwi a przerostem, podam w streszczeniu historyję choroby.

Samuel G., kupiec w K. na Szlązku austryjackim, lat 23 liczący, zgłosił się 15go października z. r. do kliniki. Badanie oka prawego wykazało, że górna powieka, szczególniéj w wewnętrznéj swojéj połowie, jest obrzmiała ale nie zaczerwieniona a przy dotykaniu w całéj przestrzeni obrzmienia jednostajnie miękką. Dolną powiekę wypiera ku przodowi obrzmienie spojówkowe widoczne bez rozwarcia powiek w wewnętrznéj połowie szpary powiekowéj. Spojówka powiek jednostajnie ciemno-czerwona tak, że chrząstki powiek i gruczoły Mejboma przeglądają tylko na ich brzegu. Naczynia spojówki gałkowéj dają się wraz ze spojówką przesuwać i tworzą sieć z wielkiemi okami, w okolicy zaś przyczepień mięśni prostych sieć staje się coraz gęstszą. Mięsko łzowe w porównaniu z lewém zaledwie trochę powiększone, po za niém w miejscu zwykłego fałdu półksiężycowego znajduje się wielkie zdwojenie, widocznie spojówkowe, sięgające aż do górnego i dolnego załamka a naśladujące dokładnie postać prawidłowego fałdu półksiężycowego. Od dołu zajmuje ono pięć ósmych części załamka a od góry jednę czwartą. Grubość tego zdwojenia wynosi na wolnym, ku rogówce zwróconym, brzegu i w tych częściach, które powieki pokrywają, 3 do 4 mm., w téj zaś, która odpowiada szparze powiekowéj, 5 do 6 mm. Powierzchnia tylna, ku gałce ocznéj zwrócona, jest gładka, na przodkowéj zaś znajdują się wyniosłości i zagłębienia. Zaczerwienienie jest jednostajne a tylko miejscami rozpoznać można grubsze naczynia żylne. W zagłębieniach znajduje się ciecz łzowa i płatki śluzu. Wolny brzeg zdwojenia pokrywa rogówkę od dołu i wewnątrz na 2 do 3 mm. Poza to zdwojenie spojówkowe, a więc pomiędzy tylną jego

powierzchnię a gałkę oczną, nie tylko można było wsunąć sondę, która dochodzi aż do załamka, ale cały utwór na sondzie podnieść i od gałki ocznéj oddalić, tak samo wprowadzić można było sondę pomiędzy powiekę górną albo dolną a to zdwojenie. Rogówka jest gładką, przeźroczystą, głębsze części oka są prawidłowe. Bystrość wzroku równa się 6/6. Łzy dostają się bez przeszkody do woreczka łzowego.

Chory podaje, iż mu rodzice opowiadali, że w trzecim roku życia napierał się kawałka mięsa z krzykiem i płaczem a gdy téj zachciance nie uczyniono zadość, wyrosło mu, jak się wyraża, mięso w wewnętrznym kąciku oka tam, gdzie się i dziś znajduje. Mięso to w oczach osób obecnych w jednéj chwili urosło aż do téj wielkości, iż pokrywało część wewnętrzną rogówki, jak to i obecnie ma miejsce. Rady lekarskiéj nie szukano. Dnia następnego powieki posiniały i obrzmiały w tym stopniu, iż ani oka ani obrzmienia widzieć nie można było. Wydzieliny znaczniejszéj nie było, dziecko zachowywało się spokojnie. W przeciągu następnych tygodni obrzmienie powiek ustąpiło, oko było jednak długi czas czerwone (krwią podbiegnięte), wreszcie zbladło, lecz obrzmienie w kąciku wewnętrznym oka pozostało i stosunkowo nie o wiele, zdaniem rodziców, było mniejsze niż obecnie. To cośmy dotąd z wywiadów przytoczyli, podał chory bardzo dokładnie i szczegółowo. Od dawna bowiem wstydził on się, że „z zachcenia", w co i teraz jeszcze wierzy, dostał oszpecenia; a będąc z tego powodu narażony na szyderstwa wypytywał się często rodziców swoich o szczegóły powstania tego, jak mniemał, piętna. Chory nasz trudnił się w późniejszym wieku handlem obnośnym i zauważył, że po dłuższych wędrówkach pieszych lub jakiéjś pracy cięższéj oko ulegało często zaczerwienieniu. Powieki siniały przy tém zawsze, co jednak bez porady lekarskiéj lub użycia jakichkolwiek środków leczniczych czasem w przeciągu kilku dni, czasem zaś dopiero po kilku tygodniach, ustępowało, w skutek czego chory nie zwracał na to uwagi. Niekiedy bez powodu szła krew z nosa. Przed 2 laty obrzmiały powieki silniéj niż zwykle. Lekarz maść jakąś mu zalecił i krople. Zresztą na oczy nigdy nie był chory, widział dobrze i był zawsze zdrów. Stan ogólny chorego badał dokładnie Dr. P o n i k l o, liczył ilość białych i czerwonych ciałek krwi i znalazł wszystkie narządy w stanie prawidłowym.

Celem zbadania tkaniny pod mikroskopem wycięto kawałeczek nożyczkami. Prof. Dr. B r o w i c z znalazł, iż utwór złożony był z pokładu przybłonka wielowarstwowego, ułożonego na warstwie tkanki łącznéj, która nie przedstawiała budowy nowotworowéj. Nazajutrz podbiegła spojówka gałkowa krwią, górna powieka obrzmiała i posiniała. Krwawienie było w stosunku do małéj ranki dość znaczne. Kilka razy pokazała się krew z nosa. Dziewięć dni późniéj przystąpił Prof. Dr. R y d e l do operacyi i zakrzywionemi nożyczkami odciął utwór przy samym załamku. Krwawienie znaczne. Opaska uciskowa, lodowe okłady. W godzinę późniéj krew, pomimo podwójnéj opaski, spływała po twarzy i płynęła z nosa. Wewnętrznie zadano *ferrum sesquichloratum*, w 12 godzin po operacyi krwawienie ustało. Dnia następnego spojówka gałkowa tak krwią podbiegła, iż tworzyła naokoło rogówki wał, który ją zupełnie zakrywał. W środku spojówki, ku przodowi wypartéj i zakrywającéj rogówkę, było zagłębienie, przypominające środkowe zagłębienie przy babkowatém wyparciu tęczówki. Powieki i sąsiednie części oka od wewnątrz aż po grzbiet nosa, od zewnątrz aż po kość jarzmową, a od góry aż ponad łuk brwiowy, ciemno-niebieskawe i obrzmiałe. Już nazajutrz wessała się znaczna część krwi nagromadzonéj pod spojówką, która tak sklęsła, iż środkową część rogówki widzieć można było. Dziesięć dni późniéj krew była do reszty wessaną a spojówka znajdowała się tylko w stanie przewlekłego nieżytu z dość znaczną wydzieliną śluzowo-łzową. Stosowano zwykłe środki, po czém się stan spojówki poprawił. W dniu trzynastym listopada chory opuścił klinikę. Spojówka była jeszcze trochę rozpulchniona, w dolnym załamku znachodziła się linijowa blizna śluzem pokryta. W górnym załamku widać było małą pozostałość utworu w kształcie małego guziczka. Spojówka gałki prawidłowa.

Badanie mikroskopowe, tak świeżego jak i w wyskoku przechowanego preparatu, wykazało, iż wycięta część wrzekomego nowotworu nie różniła się niczém od prawidłowéj tkaniny fałdu półksiężycowego, z wyjątkiem zmian, jakie w ogólności przewlekły nieżyt spojówki wywołuje. Przybłonek był nieregularnie ułożony, kilkowarstwowy, powierzchowną warstwę tworzyły krótkie komórki podłużne, a pod temi znajdowało się kilka warstw mniejszych, okrągłych, komórek. Miejscami przybłonek zagłębiał się w tkankę łączną pod nim położoną; komórki walcowate przybłonka były w zagłębieniach dłuższe i regularnie poustawiane. Tkanka łączna położona pod przybłonkiem dość nieregularnie rozmieszczona, nie tworzyła brodawek, a ilość jéj znacznie była powiększona. Miejscami napotykano ciałka limfatyczne w dość znacznéj ilości, co zwykle znachodzimy w tkaninie spojówkowéj nieżytem przewlekłym dotkniętéj. Waldeyer znachodził jednak ciałka limfatyczne także na podstawie zupełnie prawidłowego fałdu półksiężycowego. Tkanina podspojówkowa, którą tylko w części odpowiadającéj środkowi ranki wycięto, tworzy siatkę o stosunkowo dość szerokich okach a w niéj widać wiele włókien elastycznych. Naczynia żylne nie o wiele grubsze niż w stanie prawidłowym. Za tém, że wrzekomy nowotwór był tylko przerośniętym fałdem półksiężycowym, co właśnie badanie mikroskopowe udowodniło, przemawiało już ze stanowiska klinicznego umiejscowienie utworu w wewnętrznym kąciku oka, jego postać naśladująca wiernie kształt prawidłowego fałdu półksiężycowego, gładki ku rogówce zwrócony brzeg, powolny wzrost, z których to powodów prof. Dr. Rydel, już przy pierwszém przedstawieniu chorego w klinice ruchoméj, uznał ten utwór za olbrzymio przerosły fałd półksiężycowy.

Przyczyną zaś przerostu było, jak już na wstępie wspomniałem, wystąpienie krwi pomiędzy blaszki fałdu półksiężycowego. Krew, która się pod spojówkę albo do saméj tkaniny spojówkowéj dostaje, znika zazwyczaj po niejakim czasie bez śladu. W bardzo rzadkich tylko przypadkach i to u chorych w wieku już podeszłym pozostaje zgrubienie spojówki albo lekkie ciemne zabarwienie (Arlt). Ucisk jaki wywierają powieki i tarcie mechaniczne przyczyniają się jako środek drażniący do rychlejszego wessania, w tym też celu stosujemy opaskę uciskową. W naszym jednak przypadku, krew nie wystąpiła widocznie pod samą tylko spojówkę lecz także pomiędzy blaszki fałdu półksiężycowego, co ztąd wnosić można, iż kształt i umiejscowienie utworu było od pierwszéj chwili takie, jakeśmy je po 20 latach znaleźli, iż utwór nie mógł być niczém innem tylko olbrzymio powiększonym fałdem półksiężycowym, skoro żadnego innego śladu jego nie znaleziono, iż wreszcie krew wynaczyniona pod spojówką w tak wielkiéj ilości rozlewa się zwykle i przesiąka całą tkaninę podspojówkową a nie tworzy obrzmienia ściśle odgraniczonego, ze szpary powiekowéj wystającego, jak w naszym

przypadku. Że zaś krew zawarta pomiędzy blaszkami fałdu nie uległa wessaniu ale owszem sprowadziła tak znaczny jego przerost, przypisać to zapewne należy stosunkom mechanicznym. Ucisk powiek bowiem wypierać musiał krew ciągle, a tém bardziéj przy każdém zamykaniu szpary powiekowéj, ku przodowi, t. j. do części fałdu położonéj pomiędzy brzegami obu powiek, co za sobą pociągnęło przez dłuższy czas trwające drażnienie i wydęcia tegoż. Fałd zaś znajdował się już w skutek wydęcia ścian swoich i działania powietrza i tak w stanie przewlekłego nieżytu, utracił więc swoją elastyczność, tkanka łączna przerosła i sprawiła powiększenie. Podobny przerost fałdu spostrzegalibyśmy zapewne daleko częściéj, gdyby wylew krwi w znaczniejszéj ilości pomiędzy blaszki fałdu nie należał do nadzwyczaj rzadkich wydarzeń, co ztąd pochodzi, iż utkanie fałdu jest bardzo zbite i tęgie. Trzeba więc przypuścić, iż się to zdarzać może tylko u ludzi ze szczególniejszą skłonnością do krwawienia i wybroczyn. Że w naszym przypadku mieliśmy do czynienia z taką skłonnością, wynika z historyi choroby.

Trzebaby jeszcze rozważyć, jakie sprawy chorobowe napotykamy w wewnętrznym kąciku i podać, dla czego do żadnéj z dotąd opisanych a podobnych naszego przypadku zaliczyć nie mogliśmy. W pobliżu górnego załamka (Desmarres, Wecker) w okolicy wewnętrznego kącika, na samym fałdzie półksiężycowym, (Arlt, Kranka, Szokalski) a nawet na samém mięsku łzowém, znachodzimy już to pojedyncze, już téż niekiedy liczniejsze polipy blisko obok siebie położone. Są one jednak zwykle bledsze, znacznie mniejsze, na szypułce osadzone i rosną zwolna. Najbardziéj jeszcze przypomina nasz przypadek to, co Zehender nazywa *Encanthis polyposa*. Jest to polip, który ma szeroką szypułkę i kształt płaski. Przeciwko takiemu rozpoznaniu przemawia jednakże oprócz powstania choroby jeszcze i ta okoliczność, że ani przed operacyją ani przy badaniu mikroskopowém nie wykryto tkaniny łącznéj tak ułożonéj, iżby ją za szypułkę uważać można. Wielkie podobieństwo zachodziło pomiędzy naszém obrzmieniem a nowotworem, który Horner (*Zehender klinische Monatsblätter 1871, p. 8—11*) opisał i na podstawie badania drobnowidowego *fibroma papillare* nazwał.

I w przypadku Hornera było obrzmienie, miękkie, czerwone i jakby z małych zrazików złożone. Nowotwór przykrywał rogówkę, podstawą zaś swoją zrośnięty był ze spojówką gałkową, lecz dopiero w oddaleniu dwóch mm. od brzegu rogówki, tak że jak i w naszym przypadku można było wejść sondą pomiędzy nowotwór i gałkę oczną. Nowotwór ten tak się rozrósł, iż od kącika zewnętrznego aż do wewnętrznego sięgał, i cały górny załamek zajmował, pozostawiając dolną część spojówki gałkowéj i spojówkę powiek wolną. W tamtym jednak przypadku badanie mikroskopowe wykazało, iż nowotwór składał się z samych brodawek, gęsto obok siebie poustawianych, z warstwy tkaniny łącznéj i przybłonka warstwowego. W środku brodawek znachodziły się grube, mocno pokręcone, naczynia. Pomimo iż, mając przypadek Hornera w pamięci, badaliśmy w tym kierunku, znaleźliśmy jednak, jak wyżéj podano, zupełnie inną budowę tkaniny. Virchow wreszcie opisuje (*Krankh.-Geschwülste III. p. 403*) naczyniaki kącika wewnętrznego i fałdu półksiężycowego, które przez długi czas, niekiedy przez przeciąg wielu lat, się nie powiększają, a więc już nie tylko umiejscowieniem i wyglądaniem, ale także bardzo wolném wzrastaniem nasz przypadek przypominają. Przeciwko takiemu rozpoznaniu przemawia jednak budowa i rozpoczęcie się choroby w trzecim roku życia, podczas kiedy naczyniaki są zwykle przyrodzonemi.

W kąciku wewnętrznym spostrzegano także mięsaki (*Graefe-Saemisch IV. p. 152*) i kłykciny kończyste (Walther, Chelius, Himly). Te jednak sprawy chorobowe już klinicznie wykluczyć się dały. Przeciwko nim przemawiały powstanie i długie trwanie choroby, brak zaś barwika, przebieg łagodny, a w części umiejscowienie z góry już wykluczyć kazały rozpoznanie mięsaka.

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego. 1874/5 do roku szkolnego 1878/9).

IV.

Choroby układu nerwowego [1]).

Opracował Dr. **Wł. Gluziński.**

A. Nerwice obwodowe.

Nerwobóle (79 przyp.). Najwięcéj chorych zgłaszało się w maju i czerwcu, nieco mniéj w listopadzie. Największa liczba chorych była między 30—50 r. życia. Nerwobólu kulszowego (*ischias*) było 39 przyp., twarzowego 20, międzyżebrowego 7, lędźwiowego 6, potylicowego i karko-barkowego (*cervico-brachialis*) po 3, a udowego (*neuralgia cruralis*) 1 przyp. Nerwoból kulszowy i lędźwiowy napotykano najczęściéj u wieśniaków. Nerwoból udowy dotyczył kobiety 70-letniéj z bardzo znacznem rozdęciem żył odnóg dolnych. W każdym przypadku nerwobólu starano się wyśledzić, czy nie ma w ustroju podstawy przyczynowéj a napotykano takową najczęściéj jako zimnicę, rzadziéj niedokrewność. W rozróżnianiu nerwobólu w ściślém słowa znaczeniu od zapalenia nerwu (*neuritis*) trzymano się wskazówek podanych przez Nothnagla (*Volkmanns kl. Vortr. 103*). Czkawki (*Singultus*) leczono 23 przyp. Pomimo znacznie mniejszéj ogólnéj ilości kobiet liczba mężczyzn wynosiła 4, zaś kobiet 19. Wszystkie przypadki bez wyjątku dotyczyły chorych wyznania mojżeszowego, którzy obok tego okazywali prawie zawsze inne przypadłości nerwowe. W kilku przypadkach kilkurazowe zastósowanie prądu indukcyjnego na boczne okolice szyi uwieńczone zostało bardzo pomyślnym skutkiem. Kurczów roboczych leczono 5 przyp. (z których 3 dotyczyły pisarzy, a 2 szwaczek) za pomocą użycia prądu stałego z pomyślnym skutkiem. Kurcze łydkowe (2 przyp.) i porażenia nerwu twarzowego (6 przyp.) nie przedstawiały nic szczególnego.

B. Nerwice naczynioruchowe i odżywcze.

Tu zaliczymy ból głowy połowiczy (16 przyp.), chorobę Basedowa (15 przyp.), 2 przypadki duszniczy (*angina pectoris*) i zanik mięśniowy postępowy (4 przyp.)

O migrenie, leczonéj wyłącznie poliklinicznie, tyle tylko namienić się godzi, że przeważną część stanowiły kobiety, że w przypadkach migreny spastycznéj widziano dość pomyślne działanie z wziewań azotynu amylowego, nakoniec że dosyć często napotykano rozszerzenie źrenicy samo przez

[1]) Liczba przyp. chorób układu nerwowego wynosiła 472 (61 w klinice stałéj a 441 w ruchoméj).

się lub połączone z przekrwieniem siatkówki w przypadkach formy porażennéj.

Choroba Basedowa była przedmiotem leczenia w klinice stałéj u 6, w ruchoméj u 9 chorych; mężczyzn było tylko 3, a 12 kobiet. Najmłodsza chora miała lat 18, najstarsza 41; najmłodszy chory lat 20, najstarszy lat 38. Co do stanu: kobiet niezamężnych było 2, zamężnych 6, wdów 4. Nie rozróżniając płci nieco mniejsza połowa przypada na chrześcijan, nieco większa na żydów.

Z przyczyn usposabiających, a względnie wywołujących, wymienić należy następujące przypadłości, poprzedzające pojawienie się choroby: często po sobie następujące porody (2 kobiety spostrzegły bicie serca bezpośrednio po 9tym porodzie), krwotok poporodowy (u 1 kob.), zimnicę i choroby macicy (2 przyp.), biegunkę (1 mężcz.), przelęknienie (2 kob.), niedokrewność i blednicę (u reszty chorych). Prawie we wszystkich przypadkach poprzedzać miały (na kilka dni do 4 lat) pojawianie się objawów choroby Basedowa ogólne przypadłości nerwowe: ból glowy, sen niespokojny, ogólne rozdrażnienie itp., a u 1 choréj wymioty. — Z pośród 8 przyp., gdzie można było jako tako polegać na podaniu chorych, pierwszym objawem choroby było w 6 przyp. kołatanie serca, w 1 przyp. wól, a w 1 przyp. wytrzeszczak (*exophthalmus*). Czas rozwijania się, jako téż trwania choroby, przedstawia się bardzo rozmaicie: w niektórych przypadkach w przeciągu kilku tygodni rozwinęły się wszystkie przypady choroby, w innych od kołatania serca do powstania wóla miało mijać lat kilka.

Kołatanie serca było ciągłe, albotéż występowało w napadach, które oddzielone były okresami wolnemi, trwającemi od kilku godzin do 8 dni. Napady były tém silniejsze, im były rzedsze Jeden z gwałtowniejszych napadów, któremu nadto towarzyszyły przypadłości hysteryczne spostrzegano u następującéj choréj.

M. S., lat 18. Choroba trwa od 1½ roku. Z początku pobytu w klinice napady bicia serca co 4—8 dni, późniéj mimo leczeni a (galwanizowania nerwu współczulnego, zmywań zimną wodą, kąpieli nasiadowych ciepłych z zimnemi natryskami, żelaza, chininu itp.) napady stawały się częstsze, a w czwartym miesiącu przez 9 dni pojawiały się 2 razy dziennie. Jeden z tych napadów był niezwykłego nasilenia i trwał 2 godziny. Badanie wykazywało wtedy uderzenie serca silne, które zajmowało 3cie, 4te i 5te międzyżebrze i rozszerzało się znacznie po za sutek lewy, falowanie żył szyjnych, tętno chybkie, przeszło 150 na minutę, oddech głośny, krótki i przyspieszony, spojówki silnie nastrzykane. Odnogi górne i dolne zimnym potem okryte popadają w ustawiczne drgawki kloniczne. Odnoga dolna lewa w stawie kolanowym pod prostym kątem zgięta z trudnością daje się wyprostować. Stan ten trwał przez cały ciąg napadu. Podobne napady, jednak krótsze i z mniejszém nasileniem, powtórzyły się jeszcze kilka razy.

Badanie fizyczne serca wykazywało po większéj części uderzenie serca rozlane, wymiary serca, osobliwie w kierunku osiowym, zwiększone, szmer dmuchający anorganiczny skurczowy nad lewą komórką i nad tętnicą płucną.

Tętno przeważnie chybkie, częste (100—120), w 2 przyp. 150—160, najczęstsze podczas i po napadzie kołatania.

Ciepłota wahała się zwykle w granicach prawidłowych (36·6—37·5° C.). W 4 przyp. spostrzeżono różnicę ciepłoty między obydwiema połowami ciała, wynoszącą 0·1—0·7° C.; przewyżka ta przypadała u 3 chorych na stronę prawą, a u 1 na stronę lewą, po któréj to stronie wól i wytrzeszczak były większe. Przemijający stan gorączkowy spostrzeżono w 2 przyp., z których jeden był obserwowany przez 4 miesiące, drugi zakończył się śmiercią po 2-letniém trwaniu choroby, u pierwszéj choréj ciepłota wieczorna doszła do 38° raz na dzień przed, drugi raz w dzień po kołataniu serca, u drugiéj na kilka dni przed śmiercią rano do 38·2, wieczór do 38·4°, co zupełnie odpowiada spostrzeżeniom autorów (Eulenburg, Teisser i inni). W reszcie przypadków ciepłota była prawidłową. Czy przypadki te należały do rzadkich przypadków bezgorączkowych, o jakich wspominają Charcot i Dumont, dla krótkości obserwacyi klinicznéj rozstrzygnąć nie podobna.

Wytrzeszczenie gałek ocznych stwierdzono u wszystkich chorych na obydwu oczach, tylko w 1 przyp. na oku prawém, co jest wprawdzie znaném ale rzadkiém zjawiskiem. Być zresztą może, że i u naszego chorego w dalszym rozwoju choroby oko lewe uległoby losowi prawego. Stopień wysadzenia gałek ocznych był różny. W 4 przyp. gałki były nierówno wysadzone, w 3 oko prawe miało przewagę, w 1 lewe. Upośledzenia ruchów gałek ocznych nie stwierdzono.

Tylko w 2 przyp. dało się spostrzegać zmniejszenie lub zupełne zniesienie współruchu powieki górnéj z podnoszeniem lub obniżaniem się płaszczyny patrzenia, które Graefe (*D. Klinik* 1864. 158) uważał jako objaw stały i charakterystyczny, a którego znaczenie rozpoznawcze późniejsi autorowie znacznie zmniejszyli. W jednym z tych przypadków nastąpiło zaburzenie odżywcze w postaci *ophthalmia catarrhalis*, które jednak w krótkim czasie po zastósowaniu zwykłych środków ustąpiła.

Bystrość wzroku była w 2 przyp. upośledzona. Badanie wziernikowe dokonane w 5 przyp. wykazało w 3 lekkie a w 1 znaczne rozdęcie żył siatkówkowych, w 1 żadnych zmian nie stwierdzono.

Zachowanie się źrenic w chorobie Basedowa jest niestałe. Ztąd to pochodzi, że jedni (Graefe, Eulenburg) nie znachodzili żadnych zmian, drudzy (Trousseau, Romberg, Friedreich) napotykali rozszerzenie, inni zwężenie źrenic, a nie brak i takich autorów, którzy twierdzą, że dla zachowania się źrenic w chorobie Basedowa nie ma żadnego stałego prawidła. W naszych przypadkach 3 razy spostrzeżono nierówność obydwóch źrenic (w 2 źrenica prawa była szerszą niż lewa, w 1 przeciwnie; w 2 przyp. źrenice szersze mniéj rączo oddziaływały). W reszcie przypadków źrenice były prawidłowe. Ponieważ najczęściéj napotykane prawidłowe zachowanie się źrenic nie da się wytłumaczyć dostatecznie dotychczas znanemi faktami fizyjologicznemi, według których w chorobie Basedowa źrenice powinny być stale rozszerzone, ponieważ zresztą na rozmiary źrenic w ogóle wpływają najrozmaitsze czynniki chorobowe, przeto ograniczyliśmy się tylko do zestawienia własnych spostrzeżeń, a nie wdając się w tłumaczenie takowych odwołamy się tylko do spostrzeżeń Chvostka (*W. med. Woch* 1872, N. 19 i 20), który także spostrzegł nierówność źrenic.

Wól stwierdzono we wszystkich przypadkach wielkości rozmaitéj. Tylko w 1 przyp. wól ograniczał się do płatu prawego, w reszcie przypadków zajmował cały gruczoł z przewagą tego lub owego płatu. W przypadku tym wól miał wszystkie cechy zwykłego wólu miąższowego, w 5 przyp. przedstawiał się jako wól tętniakowy, a w reszcie przypadków jako wól naczyniowy. Kołatanie serca tylko u jednéj choréj wywierało wpływ objawiający się powiększaniem rozmiaru gruczołu podczas napadu, a zmniejszeniem się takowego po uspokojeniu się serca.

Ilość moczu po napadzie bicia serca zazwyczaj się

zwiększała, zresztą mocz co do ilości bywał prawidłowy, c. g. wahał się między 1009—1033, a często napotykano objawy zwolnionéj przemiany pierwiastków w postaci szczawianu wapniowego i obfitszéj ilości kwasu moczowego. W 2 przyp. był ślad białka, a w 1 dobrze spostrzegalny ślad cukru. Być może, że u tego ostatniego chorego w dalszym przebiegu obok choroby Basedowa byłaby się rozwinęła moczówka cukrowa, w literaturze lekarskiéj ostatnich czasów znajdujemy bowiem wzmianki o podobnéj komplikacyi, np. C. Hartmann (*Inaug. Diss. Tübingen* 1878) opisuje 1 przyp., gdzie po 9 latach trwania choroby Bazedowa przyłączyła się cukrzyca, i drugi, gdzie rzecz miała się odwrotnie, a O'Neill (*Lancet* 1878) przypadek, gdzie równocześnie wystąpiły objawy obydwu chorób. Przykłady te nie rozstrzygają jeszcze pytania, czy obiedwie choroby rozwijały się na téj saméj podstawie, lub téż jedna względem drugiéj była tylko przypadkową komplikacyją.

Pocenie się jednostronne, jako jeden z rzadszych objawów, spostrzegano przez cały ciąg obserwacyi u choréj M. S. (któréj napad kołatania serca wyżéj opisano) z równoczesném podniesieniem ciepłoty téj strony o 0·2—0·3°. Podobne spostrzeżenia poczyniono dość często w ostatnich czasach, że tylko wspomniemy przyp. Chvostka (*W. med. Woch.* 1872, Nr. 19, 20), zupełnie podobny do naszego, gdzie znaleziono pocenie całéj połowy prawéj, i różnicę ciepłoty o 0·5° od strony lewéj, tylko źrenica prawa była węższa, podczas gdy w naszym przypadku źrenice były jednakowe, Fraenkla (*Pathologie des Sympathicus. Inaug. Diss.*), w którym sekcyja wykazała zmiany w części szyjnéj nerwu współczulnego i Guttmanna (*B. kl. W.* 1876, Nr. 32) w którym źrenica zachowywała się wprost przeciwnie, niż w przypadku Chvostka.

Ze zboczeń w częściach płciowych spostrzeżono u 3 chorych, od 18—39 lat liczących, zatrzymanie miesiączki od 2 miesięcy do 4 lat trwające.

Przy leczeniu starano się działać przeciwko podstawie ustrojowéj w postaci niedokrewności lub błednicy przez dobre odżywianie i podawanie żelaza. Przeciw chorobie saméj używano bromku potasu, arsenu, chininu, leczenia wodnego i prądu galwanicznego na n. współczulny. Co do tego ostatniego, lubo czas leczenia nie we wszystkich przypadkach był dostatecznym, wyniki leczenia (5 przyp.) były dość pomyślne i podobne do wyników otrzymanych przez Chvostka. Prąd galwaniczny nie zawsze działał równie szybko; w 1 przyp. po 4 posiedzeniach dał się spostrzedz skutek. Najłatwiéj i najwcześniéj zmniejszało się a nawet znikało zupełnie wytrzeszczenie gałek ocznych. Trudniéjsza sprawa była z wólem, gdyż nieraz mimo najenergiczniejszego leczenia objętość takowego bardzo powoli malała, a nawet niekiedy się powiększała (u 1 choréj powiększenie obwodu szyi po 4 miesiącach wynosiło 4·5 cm., u drugiéj po 1 miesiącu 1 cm.) Najuporczywszém było kołatanie serca, gdyż w żadnym z naszych przypadków nie widzieliśmy skutku wybitnego; napady stawały się wprawdzie rzedsze, lecz za to tracąc na częstości zyskiwały częstokroć na sile. Wpływ prądu galwanicznego na tętno nie był tak wybitnym, jak to np. twierdzi Eulenburg, mówiąc, że po każdém posiedzeniu czynność serca tak co do ilości, jak i siły się zmniejszała. W przypadkach, gdzie tętno wynosiło 100—120, wpływ prądu na częstość tętna był bardzo nieznaczny, i tylko w 1 przyp. liczba tętna po 8 posiedzeniach zeszła ze 120 do 90, jednakże w krótkim czasie wróciła do dawnéj ilości.

Na zakończenie przytoczymy w krótkości historyję przypadku, który zakończył się śmiercią. Ponieważ opisy sekcyj w téj chorobie nie przydarzają się często, tém bardziéj żałować wypada, że protokół sekcyjny, a z nim ściślejsze badanie anatomiczne, zaginął, a pozostały tylko notatki, które są podstawą niniejszego opisu:

K. K. lat 41, żona kaflarza, od lat 13 zamężna. Od czasu zamęścia cierpiała na białe upławy i kilka razy na zimnicę, była zawsze blada i wątła, a z powodu złego pożycia domowego narażona była na częste zmartwienia. Choroba obecna rozpoczęła się przed 2 laty po dźwignięciu jakiegoś ciężkiego przedmiotu powstał ból w okolicy serca, bóle w stawach, brak apetytu, dreszcze, biegunka, a po kilku tygodniach przyłączyło się bicie serca, które odtąd powtarza się kilka razy dziennie. Miesiączka ustała. W rok spostrzegła chora wól i opuchlinę odnóg dolnych. Przybyła 9/I umarła 26/I 1875.—Badanie wykazało: wzrost mierny, kościec wątły, skóra blada, żyły skórne w licznych miejscach rozdęte, tkanka podskórna wszędzie miernie surowiczo zbrzękła, mięśnie wiotkie. Gałki oczne dość znacznie wysadzone, żyły siatkówkowe miernie rozszerzone. Wól tętniakowy miernéj wielkości z wyraźnym szmerem skurczowym, szmerem żylnym i żyłami skórnemi mocno rozszerzonemi. Serce w obydwóch kierunkach, osobliwie osiowym, powiększone, uderzenie słabe, nad lewą komórką i nad tętnicą płucną szmer dmuchający. Tętno 120, miernie chybkie, ciepłota prawidłowa. W jamie brzusznéj mierna ilość płynu, śledziona miernie powiększona. Znaczne osłabienie, brak apetytu, częste wymioty. W dalszym przebiegu ogólna opuchlina powiększała się, dołączył się nieżyt oskrzelowy, duszność z powiększeniem ilości oddechów do 46, biegunka, przy czém ilość moczu zmniejszała się a osłabienie ogólne wzmagało się. Tętno, które wahało się między 100—120 na dzień, przed śmiercią doszło do 160. Na kilka dni przed zgonem pojawiła się żółtaczka i gorączka z torem nieregularnym dochodząca do 38·4°.

Sekcyja wykazała: Odżywienie złe; żółtaczkę mierną. W przestworach podpajęczych znaczniejszą ilość cieczy surowiczéj. Mózg mniejszéj spójności, miernie przekrwiony; w komórkach bocznych do 50 grm. surowicy mętnéj, wyściółka komórek rozmiękła. W obydwu jamach opłucnowych po 250 grm. surowicy. Na opłucnéj płuca prawego kilka drobnych wynaczynionek. Płuca w częściach przybrzeżnych rozdęte, w tylnych i dolnych przekrwione. Nad komórką lewą plamy ścięgniste. Serce w całości powiększone, jednak grubość ścian prawidłowa. Zastawka dwukończysta nieznacznie zgrubiała. Mięsień sercowy suchy, połyskujący, zbity. — W jamie brzusznéj około 3 litry surowicy. Wątroba nieco zbitsza, muszkatołowa. Śledziona półtora raza powiększona, miąższ ciemno-wiśniowy. Nerki przekrwione. Błona śluzowa żołądka i dwunastnicy mocno przekrwiona, a na szczytach fałdów wynaczynienia. W reszcie jelit kępki Payera i gruczoły odosobnione obrzękłe.

Badanie jam oczodołowych wykazało zwiększoną ilość tkanki tłuszczowéj, nacieczenie tłuszczowe mięśni gałki ocznéj i brak rozszerzenia żył oczodołowych. Gruczoł tarczykowy, przejęty w całości bardzo szerokiemi naczyniami, w płacie prawym koloidowo zwyrodniały. Żyły szyjne wewnętrzne bardzo znacznie rozszerzone. Na powierzchni wewnętrznéj tętnicy dogłowowéj wewn. lewéj mała wybroczyna. Część szyjna sznura nerwu współczulnego prawego cienka jak nitka, zwój pierwszy znacznie powiększony, trzeci pomniejszony. Sznur lewy znacznie zgrubiały, zwój 1szy pomniejszony, 3ci powiększony. Badanie drobnowidowe tak sznurów jako też zwojów, oparte wprawdzie tylko na niewielkiéj liczbie pozostałych preparatów, nie zdołało wykryć żadnych wyraźnych zmian chorobowych.

Zanik mięśniowy postępowy dostarczył 4 przyp., z których 3 dotyczyły mężczyzn, a 1 kobiety. Ani w jednym przypadku choroba nie była dziedziczną. We wszystkich przypadkach choroba rozpoczęła się między 17 a 22 r. życia. Co do miejsc najpierw zajętych choroba rozpocząć się miała u krawca 23 lat, w przestworach śródręcza lewego po przeziębieniu. U szewca 21 lat na lewéj odnodze dolnéj bez wiadoméj przyczyny, u wieśniaka, lat 24 liczącego, w mięśniach lędźwiowych i odnogi dolnéj prawéj po przeziębieniu się na weselu, a u wieśniaczki 22 lat bez wiadoméj przyczyny w obydwu odnogach dolnych. W 2 przyp. klatka piersio-

wa okazywała wybitne zmiany krzywicze. W przypadku dotyczącym wieśniaczki znachodził się w środkowéj części klatki piersiowéj obustronny półpasiec (*herpes zoster*). U wieśniaka, powyż wspomnionego, znaleziono wybitną bolesność całego stosu pacierzowego. Przerost wrzekomy (*pseudohypertrophia*) towarzyszył zanikowi mięśniowemu 2 razy, raz na pośladkach i łydkach, drugi raz na grzbiecie. We wszystkich przypadkach czucie było prawidłowe.

III. Z oddziału ś. p. Prof. Loebla we Wiedniu.

Mięsak wrzecionowo-komórkowy (*Sarcoma fusocellulare*) mózgu, serca, płuca lewego, jelita cienkiego, gruczołów limfatycznych i skóry.

Podał Dr. H. Mendelsburg.

Przypadek, który poniżéj opiszę, o tyle jest ciekawy iż nowotwór zajmujący dolny płat lewego pluca symulował w zupełności jamę rozpadową suchotniczą. Rozpoznano też rzeczywiście w pierwszym dniu pobytu chorego w szpitalu wrzedzienicę rozstrzeniową, opierając się na usadowieniu jé w płacie dolnym, na rozedmie prawego i górnego płatu lewego pluca, jakotéż na krwotokach płucnych. Dalszy jednak bieg choroby, a mianowicie guzy w okolicy żołądka, jakotéż niedrożność kiszek, która na samym końcu wystąpiła zamąciły pierwsze rozpoznanie. Domyślano się nowotworu w płucach, jednak była to tylko myśl przelotna, która znów pierwotnemu ustąpiła rozpoznaniu. Mniemanie, jakoby owemi guzami, w okolicy żołądka leżącemi, były inwaginacyje, wcale się nie nasunęło, ponieważ uważano je za nowotwór w żołądku położony, a przy pierwszém badaniu przeoczony. Z badania pośmiertnego na szczególną uwagę zasługuje nowotwór, zajmujący lewy przedsionek serca i za pomocą szypułki z ogniskami w jednéj z żył płucnych osadzonemi komunikujący. Ogniska zaś te, żyłę wymienioną zajmujące, stoją w związku z nowotworem w płucu umieszczonym, znacząc tym sposobem z całą ścisłością drogę, jaką nowotwór postępował. Prof. Heschl, wyjaśniając ów preparat, zwrócił uwagę naszą na rzadkość jego. Te względy skłoniły mnie do opisania niniejszego przypadku.

Lochmann Jan, 45 lat liczący, szewc, przed kilkoma miesiącami zaczął kaszleć, wyrzucając początkowo skąpe a później obfitsze plwociny. Przed 7 tygodniami po raz pierwszy pojawił się krwotok płucny. Chory uczuwał kłucie w płucu lewém. Przed tém dobrze odżywiony chudnął coraz więcéj. Na ból głowy lub dolegliwości żołądkowe nie skarży się, apetyt miał i ma go obecnie, stolec w ostatnich czasach nieregularny. Osłabienie coraz większe, kaszel wzmagający się jakotéż krwotok płucny zmuszają chorego do szukania pomocy w szpitalu, do którego téż dnia 28 października wstąpił.

Stan obecny. Chory średniego wzrostu, skóra blada, dająca się ująć w fałdy, w skórze, mianowicie w okolicy lewéj *fossae supraspinatae*, jako też na udzie prawém, wymacalne guzy twarde, przesuwalne, wielkości czterokrajcarówki. Podściółka tłuszczowa zanikła, kości dosyć drobne. Indywiduum w ogólności znacznie bezkrwiste, charłaczne. Czaszka prawidłowo zbudowana nie przedstawia na swéj powierzchni żadnych zboczeń. Gałki oczne nieco w głąb wciągnięte, spojówka powiekowa blada, źrenice jednakowo rozszerzone oddziaływają na światło prawidłowo. Wargi bladości kredowatéj nie różnią się barwą od skóry je otaczającéj. Język przedstawia te same objawy bezkrwistości, bladoróżowy, wilgotny, pokryty warstwą szklistego śluzu. Na dziąsłach szczęki dolnéj osadzone 3 guzy twarde, wielkości orzecha laskowego, ściśle od siebie odgraniczone, z błoną śluzową zrośnięte i wraz z nią przesuwalne, niebolesne. Guzy te barwy różowéj, osadzone obok siebie od kła lewego do pierwszego zęba trzonowego prawego. Powierzchnia dwóch z nich zupełnie gładka; trzeci na szczycie przedstawia liczne drobne wybujałości blade, pomiędzy któremi osadzone są drobne czopki blade, wycisnąć się dające. Szyja długa, chuda; gruczoły limfatyczne po obu stronach znacznie powiększone, twarde, przesuwalne, jednak niebolesne. Klatka piersiowa długa a wązka, na powierzchni swéj przedniéj nieco zapadła. Podściółka tłuszczowa prawie zupełnie zanikła, w skutek czego dołki nad i podobojczykowe głębokie. Międzyżebrza miernie napięte; tylko odpowiadające dolnemu płatowi płuca lewego nieco więcéj napięte i większy przy dotyku opór stawiające. Wypuk płuca prawego jawny. Przysłuch stwierdza rzężenia grubo-bańkowate w dolnym płacie tegoż płuca. Wypuk płuca lewego jawny od szczytu tylnego, który na równéj wysokości ustawiony jest ze szczytem prawym, aż do żebra piątego; ztąd zupełne stłumienie, w skutek czego brzegu dolnego oznaczyć nie można. Przysłuch wykazuje do wysokości żebra piątego rzężenia grubo — jakotéż średniobańkowate, od piątego zaś żebra począwszy oddech amforyczny, przytłumiony, z rzężeniami skąpemi, przeważnie drobnobańkowatemi. Wypuk na stronie przedniéj tego płuca przedstawia mniéj więcéj te same objawy. Stłumienie tylko tutaj wznosi się od linii pachowéj tylnéj do żebra czwartego, łączy się ze stłumieniem serca, śledziony, jakotéż ze stłumieniem lewego płatu wątroby. Od żebra 7ego wypuk bębenkowy trzew brzusznych. Przysłuch téj części płuc wykazuje przytłumiony oddech amforyczny z nielicznemi rzężeniami. Uderzenie serca dobrze wyczuwalne w dołku sercowym, granica lewa stłumienia jego leży na lewym brzegu kości mostkowéj. Serce więc całe ku stronie prawéj przesunięte. Tony czyste. Brzuch miernie wzdęty, niebolesny, przy macaniu nie przedstawia żadnego oporu; wątroba i śledziona niepowiększone. Gruczoły pachwinowe znacznie powiększone, twarde. Stolce nieregularne, jużto płynne, jużto stałe. W prawidłowéj dziennéj ilości czystego moczu białka nie znaleziono. Plwociny śluzowo-ropne bardzo obfite, drobnowidowo niestety nie były badane. Stosunek ciałek białych krwi do czerwonych prawidłowy. Ciepłota średnia 38·5° C. Sensorium niezajęte, chory tylko apatyczny na zapytania odpowiada jasno i zrozumiale.

Stan ten trwa do 8go listopada. Dnia tego wystąpiły wymioty kałem. Chory przedtém nie żalił się nigdy na cierpienia przewodu pokarmowego i żadnych zboczeń w tym kierunku nie wykazywał. Badanie brzucha obecnie uskuteczniono wykryło guzy wyraźnie namacalne w okolicy żołądka. Nierówności te przesuwalne poruszają się wraz z ruchami oddechowemi; przy głębszéj palpacyi nieco tylko bolesne. Spodziewając się niedrożności jelit zastósowano natychmiast lewatywę, po któréj w godzinę oddał chory dwa stolce płynne. Dnia 9go listopada guzy ciągle dają się wymacać, brzuch przy dotyku niebolesny, przy ucisku boleśniejszy. Wymioty nie powtórzyly się, stolca nie było. Chory znacznie osłabiony, tętno nikłe i rzadkie, skóra zimna, mokra. Dnia tego chory zakończył życie.

Badanie pośmiertne. W tkance tłuszczowéj lewéj strony klatki piersiowéj 5—6 małych guzów nowotworowych.

W dziąsłach szczęki dolnéj trzy guzy nowotworowe twarde. Błona twarda mózgu z czaszką zrośnięta. Mózg zwykłéj zbitości. W półkuli prawéj na *tegumentum ventriculorum* kilka guzów twardych, okrągławych, szarych, wielkości soczewicy. W lewéj taki sam guz wielkości orzecha laskowego. Gruczoły limfatyczne na szyi po stronach obydwóch, z wyjątkiem kilku, masą nowotworową zajęte. Płat dolny płuca lewego w całości nowotworem zajęty; sam środek jego przedstawia jamę rozpadową wielkości jaja kurzego, napełnioną płynem śluzoropnym, rdzawym, który zawiera liczne drobne odpadki rozmiękłéj istoty nowotworowéj. Jama ta komunikuje z dwoma większemi i kilkoma mniejszemi oskrzelami. Z tkanki płucnéj tego płatu nie pozostało ani śladu; gdzieniegdzie przerzynają nowotwór już to dobrze utrzymane już to na pół zniszczone oskrzela. Cały nowotwór porowaty, gąbczasty. Płat górny płuca lewego, jakotéż całe płuco prawe rozedmą zajęte. W opłucnéj żebrowéj, odpowiadającéj płatowi dolnemu płuca lewego, znajduje się kilka guzów nowotworowych rozsianych. Wymiary serca prawidłowe. W lewym przedsionku guz wielkości jaja gołębiego, okrągławy, miękki, łatwo przesuwalny, na swéj powierzchni skrzepami krwi pokryty. Guz ten wychodzi szypułkowato z jednéj z żył płucnych i za pomocą szypułki swéj, która przechodzi przez kilka ognisk nowotworowych, postępujących za biegiem żyły płucnéj, stoi w związku z nowotworem, zajmującym dolny płat lewego płuca. Na przeponie kilka guzów nowotworowych. Wątroba stłuszczona, śledziona mała, nerki prawidłowe. Żołądek skurczony, próżny, błona śluzowa w duże zmarszczki ułożona. Na błonie śluzowéj jelita cienkiego kilkanaście guzów nowotworowych odosobnionych, wielkości orzecha. W trzech miejscach jelita cienkiego część górna, t. j. bliżéj żołądka położona, wtłoczona jest w część jego dolną na głębokość 3 cm., przyczém na dolnym brzegu *intussuscepti* osadzone są guzy nowotworowe ograniczone, całe światło kiszki zajmujące. Dwie z tych inwaginacyj, na kilka cm. w przebiegu kiszki od siebie oddalone, leżą tuż przy żołądku i przez powłoki brzuszne dawały się wymacać. Tak gruczoły krezkowe jak i pachwinowe nowotworem zajęte. Tenże pod mikroskopem badany przedstawia się jako mięsak wrzecionowo-komórkowy.

IV. Oceny i sprawozdania.

C. Hueter: Grundriss der Chirurgie. I. Hälfte, Allgemeiner Theil. Leipzig, 1880. Vogel.

Sprawozdanie Dra Rydygiera.

Możeby sprawozdanie z powyższego dzieła więcéj na przedmiotowości zyskało, gdyby je kto inny napisał, a nie uczeń autora, uwielbiający swego nauczyciela, ale spieszno mi zwrócić uwagę rodaków na tak wyborne dzieło. Nie wiem, czy je wszyscy koledzy z takiém samém zadowoleniem przeczytają, bo przypomina mi ono złote słowa mojego mistrza płynące z wymownych ust jego. Widzę się znowu w audytoryjum, gdzie tak często przysłuchiwałem się wymownym słowom Huetera. Słyszałem wykładających chirurgów najsławniejszych: słyszałem Luekego, Billrotha, Koeniga, Bardelebena, Volkmanna i mistrza mistrzów Langenbecka, ale żaden wymową Hueterowi nie zrównał, żaden w słowa swoje nie włożył tyle ciepła, tyle zajęcia się przedmiotem, co Hueter. To téż niech szan. czytelnik nie spodziewa się po mnie rozbioru powyższego dzieła ostrym skalpelem krytyki. Trudne to zadanie, trudniejsze jeszcze dla tego, że autor dopiero w części szczegółowéj obiecał przedmowę umieścić, w któréj z pewnością bliżéj oznaczy cel, do którego dążył, wyjawi swe życzenia, jakby chciał mieć pojęte swoje dzieło. Koenig w przedmowie do swego podręcznika powiedział, że podręcznik dobry powinien zawierać to, co w czasie jego ukazania się uzyskało ogólne uznanie lub na nie zasługuje. Podług mego zdania Hueter zupełnie ten cel w pierwszéj części swego dzieła osiągnął. Znajdzie tam czytelnik uwzględnione i odpowiednio ocenione prace aż do najnowszego czasu. Zdaje mi się atoli, że się nie omylę, twierdząc, że nie o to głównie Hueterowi chodziło. Podług mego zdania chciał Hueter wydaniem swego dzieła dowieść, że nie potrzeba koniecznie takich dzieł zbiorowych, jak się w niemal wszystkich gałęziach medycyny obecnie ukazują; że to nawet jest poniekąd szkodliwém dla całości i jednolitości podręczników; że zupełnie wystarczą siły jednego autora, żeby napisać dobry, treściwy, a jednolity podręcznik. Mniemanie to moje opieram na zdaniach napisanych przez Huetera przy ocenieniu dzieła zbiorowego patologii Ziemssena (w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* tom IV pag. 287), a późniéj wypowiedzianych w mowie rektorskiéj. Gani tam Hueter taką zbiorową pracę jako niejednolitą i zbyt rozwlekłą, i słusznie powiada, że autorowie tych zbiorowych dzieł, nieraz nawet z poświęceniem rzeczy ważniejszych, dbają tylko o to, żeby własne badanie — choćby mniej ważne — w korzystném przedstawić świetle. Tak np. w dziele Schüllera o tracheotomii itd. naliczyłem około 50 cytatów jego własnych rozprawek, a niejednę i 10 razy cytowaną, żeby tylko czytelnik o nich nie zapomniał. To jedna z przyczyn, dla czego Hueter nie przyjął współpracownictwa w obszernym podręczniku Billrotha i Lueckego; to zdaje mi się przyczyniło się téż do tego, że postanowił wydać własny podręcznik i pokazać, że pojedyncze gałęzie naszéj rozległéj nauki jeszcze tak dalece się nie rozpadły, żeby jeden autor nie był już w stanie opanować całego przedmiotu i dobrze go przedstawić.

Wdzięczność się należy Hueterowi, że się podjął téj pracy, bo chociaż wcale nie brak niemieckich podręczników chirurgii, każdy z dotychczas wydanych pozostawia coś do życzenia. Alberta podręcznik już — prócz innych błędów — dla saméj formy listowéj, która utrudnia znacznie dokładne usystematyzowanie i szybkie odszukanie przedmiotu, nie uzyska obszerniejszego rozpowszechnienia pomiędzy uczniami, dla których przecież napisany został. Bardelebena podręcznik, prócz téj wady że oparty na starém dziele Vidala, uwzględnia za nadto dawniejsze, nieraz przestarzałe już zapatrywania, jest za rozwlekły, co może i ztąd wynika, że opisując raz choroby podług warstw, a drugi raz podług pojedyńczych okolic ciała, trudno uniknąć powtarzania się. Podręcznikowi zaś Koeniga, najlepszemu bez wątpienia z dotychczas wyliczonych, głównie brak chirurgii ogólnéj, bez któréj podręcznik chirurgii nigdy nie będzie kompletny. Nie przesądzając o wyjść mającéj szczegółowéj części Huetera, o któréj przekonany jestem, że na pewno podoła przezwyciężyć szczęśliwie powyższe trudności, o jego ogólnéj chirurgii powiedzieć tylko możemy, że udało mu się napisać podręcznik wyborny. Obok nadzwyczajnéj krótkości (510 stron) i ścisłości rzecz cała jest tak zrozumiale i przystępnie przedstawiona, że i początkujący ją zrozumieć musi. Że wszelkie ważniejsze prace specyjalne i najnowsze autor uwzględnił, już na początku wspomniałem, ale co podług mnie najwa-

źniejsza, że starał się wszędzie wytłumaczyć istotę i objawy chorobowe na podstawie najnowszych badań fizyjologii, anatomii patologicznéj i doświadczalnéj. Odpowiednio do tego traktowaną jest ogólna terapija: nie empiryczne zachwalenie rozmaitych środków, ale naukowe badanie ich działania i wpływ ich na powstawanie i przyczyny odpowiednich chorób stanowią ten rozdział.

Nie zamyślam się zapuszczać w omówienie poszczególnych rozdziałów, wyliczę tylko napisy: Rozdział I. Ogólne uwagi o zranieniu i zapaleniu. Rozdział II. Ogólne uwagi o gorączce przyrannéj ropnéj. Rozdział III. O guzach. Rozdział IV. Ogólna nauka o operacyjach i narzędziach. Rozdział V. Ogólna nauka o opatrunkach i przyrządach.

Dodawać nie potrzebuję, że całość czyta się przewybornie, boć z tego Hueter dostatecznie znany: obok lekkiego i wykończonego stylu nadzwyczajna jasność, to z pewnością nie podrzędne zalety podręcznika!

Jad wąglikowy i szerzenie się zarazy śledzionowéj.

IV.

Zwykłe grzybki gnilne, jak to już powiedzieliśmy, nie znajdują we krwi odpowiednich warunków do rozmnażania się. Okazał to już dawniéj Tiegel (*Virchow's Archiv* T. 60 str. 453) i Nencki (*Journ. f. prakt. Chem.* T. 19, str. 357). Obecnie znów J. Buchner udowodnił, iż nawet we krwi wytoczonéj z ustroju grzybki gnilne rozwijać się nie mogą. W celu wyjaśnienia tego faktu Grossmann i Mayerhausen (*Pflüger's Archiv f. Phys. XV*) robili doświadczenia nad zachowaniem się prątków gnilnych w rozmaitych gazach. Z nich okazało się, że ozon natychmiast zabija bakteryje gnilne w każdém stadyjum ich rozwoju, skoro gaz działać będzie w należytém stężeniu, gdy tymczasem powietrze atmosferyczne i zwykły tlen sprzyja życiu bakteryj gnilnych, które w gazach tych dość szybko się rozmnażają. Z innych gazów krwi bezwodnik węglowy osłabia ruchy prątków gnilnych, zwłaszcza téż młodszych postaci. Z doświadczeń tych wnosić można iż obecny we krwi ozon zabija grzybki gnilne, tak we krwi krążącéj w naczyniach jak i we krwi wytoczonéj ze zwierzęcia.

Z drugiéj znów strony wiadomo, iż prątki wąglikowe z wielką łatwością i niezmierną szybkością rozmnażają się i żyją we krwi zwierząt zakażonych jadem zarazy śledzionowéj. W skutek takiego rozmnażania się na wielkie rozmiary prątki wąglikowe zatykają naczynia włosowate we wszystkich narzędziach i przyrządach ustrojowych rozpostarte, a następstwem takiego zatkania naczyń włosowatych w płucach bywa śmierć zwierzęcia przez uduszenie (Toussaint: *Recherches experiment. sur la maladie charbonneuse* 1879).

Otóż Szpilman postanowił zbadać zachowanie się bakteryj wąglikowych w obec gazów krwi, a więc i działanie tych gazów na życie prątka wąglikowego. Autor przedstawił pracę swoję Akademii Umiejętności w Krakowie, wyniki zaś swych badań tymczasowo ogłosił w *Zeitschrift für physiologische Chemie* Bd. IV. Hft. 5. Z pięknych doświadczeń naszego ziomka, wykonanych w pracowni prof. Nenckiego, okazuje się:

1) Tlen i powietrze atmosferyczne niezmiernie sprzyjają rozrastaniu się prątków wąglikowych przez wydłużanie się w długie nici, dzielenie się i tworzenie zarodników, z tą różnicą, iż we krwi, wziętéj ze zwierzęcia dotkniętego zarazą śledzionową, prątki wąglikowe nie wyrastały w nicie, lecz tylko rozmnażały się przez poprzeczne dzielenie się, prątki zaś wąglikowe, wzięte ze krwi zwierzęcia padłego, wyrastały tylko w nicie, tudzież rozmnażały się za pomocą zarodników.

2) Co do działania bezwodnika węglowego, to już Pasteur i Joubert w r. 1877 okazali, że gaz ten zabija prątki wąglikowe. Szpilman jednak przekonał się, że bezwodnik węglowy w pierwszych godzinach swego działania nie niszczy zdolności zakażającéj prątków wąglikowych, lecz dopiero po 24 godzinném działaniu zabija bakteryje zarazy śledzionowéj. W pierwszych chwilach działania bezwodnika węglowego na prątki, będące w mowie, odrywają się z nich pojedyńcze ogniwa, lecz w strumieniu CO_2 nigdy prątki wąglikowe nie wydłużają się w nicie. Z tego okazuje się, iż bakteryje wąglikowe są grzybkami powietrznemi (*Aërobia*), to jest nie mogą się rozmnażać bez przystępu tlenu lub powietrza atmosferycznego. W taki sam sposób zachowują się te grzybki we krwi zwierząt chorych. Z niéj zabierają wciąż prątki wąglikowe tlen niezbędny dla ich rozwoju i rozmnażania się, sprawiając jednocześnie mechaniczne zaburzenie w układzie naczyniowym. W skutek zatkania naczyń włosowatych przez bakteryje wąglikowe powstaje zastój krwi w układzie żylnym, kwas zaś węglowy, wydzielający się bezustannie w tkaninach, nagromadza się we krwi i sprawia śmierć zwierzęcia przez uduszenie.

3) Zachowanie się bakteryj wąglikowych względem tlenu lub powietrza ozonizowanego, oraz czystego ozonu, bywa całkiem odmienne aniżeli zwykłych grzybków gnilnych. Ozon zabija te ostatnie nadzwyczaj szybko, gdy tymczasem prątki wąglikowe rozwijają się i rozmnażają w ozonie i powietrzu ozonizowaném w taki sam sposób jak gdyby znajdowały się w tlenie lub powietrzu atmosferyczném. Szpilman przepuszczał ozon przez krew zakażoną w ciągu 7 godzin, w skutek czego zniszczone zostały wszystkie ciałka krwi a ciecz przybrała barwę oliwkową; za pomocą zaś badania spektroskopowego zaledwie można było wykryć ślady oksyhemoglobinu. Mimo to jednak prątki wąglikowe nie uległy zmianie, zwierzęta zaś tą cieczą zaszczepione zdychały w ciągu 48 godzin, licząc od chwili zaszczepienia. Zachowanie się prątków wąglikowych względem ozonu, mówi Szpilman, objaśnia nam wiele faktów, dotychczas niezrozumiałych, co do powstawania chorób zakaźnych w skutek działania grzybków rozszczepnikowych. Jak wiadomo, zwykłe bakteryje gnilne przez narząd oddechowy i przewód pokarmowy dostają się do sąsiednich gruczołów (Nencki, Giacosa), jednakowoż ani w zdrowych tkaninach, ani téż we krwi krążącéj w naczyniach, nie znajdujemy rozwiniętych form grzybków zaszczepnikowych. Wiemy również, iż sprawy utleniania w ustroju zwierzęcym w taki sam sposób się odbywają jak zewnątrz ustroju, gdy ciała organiczne utleniamy za pomocą ozonu. Że zaś ozon natychmiast zabija zwykłe prątki gnilne we wszelkich okresach ich rozwoju, przeto wnosić można, iż zarodki bakteryj gnilnych nie mogą żyć i rozwijać się we krwi i tkaninach żywego zwierzęcia, gdyż obecny w nich ozon na to nie zezwala. Doświadczenia Szpilmana zdają się wskazywać, iż takie tylko postacie grzybków rozszczepnikowych mogą się rozwijać we krwi i tkaninach zwierzęcych, na które ozon, podobnie jak na prątki wąglikowe, całkiem nie działa, przez co mogą one wywoływać rozmaite postacie chorób zakaźnych, już to przez samą sprawę życia, już téż przez wytwarzanie swoistych utworów przemiany materyi, albo wreszcie w jakikolwiekbądź inny sposób.

Taka jest treść zajmującéj pod wieloma względami rozprawy Szpilmana.

Przedstawiwszy w ten sposób wyniki ostatnich prac o pochodzeniu i własnościach jadu wąglikowego, wypada nam wspomnieć o sposobach wkraczania tego jadu do ustroju zwierzęcego.

Że ciała zakaźne (*Infectionsstoffe*) z łatwością mogą przez płuca przechodzić do krwi, było rzeczą z codziennego spostrzegania aż nadto wiadomą. Brakowało jednak doświadczalnego dowodu. J. Buchner użył w tym celu jadu wąglikowego, nadającego się bardzo do tego rodzaju doświadczeń z powodu łatwości otrzymania czystego jadu i trwałych zarodników za pomocą odpowiednich hodowli, tudzież łatwości, z jaką można wykazać działanie wdychanego jadu na ustrój zwierzęcy. Należało przedewszystkiém, o ile można, rozdrobnić jad wąglikowy w taki sposób, aby mógł się unosić w powietrzu w kształcie najdelikatniejszego pyłku. Dla otrzymania pyłku przyrzutowego Buchner zasuszał ciecz zawierającą zarodniki owego jadu na rozmaitych ciałach proszkowatych. Najdogodniejszém w użyciu okazał się proszek węgla i talk (Federweiss) sproszkowany. Wdychanie takiego pyłku zarodnikowego (*Sporenstaub*) przez $^1/_2$ lub 2 godziny zawsze zabijało myszy białe, użyte do doświadczeń.

We wszystkich tych jednak przypadkach śmiertelnego zakażenia myszy za pomocą rozpylonego jadu wąglikowego jad ten mógł wkroczyć do ich ustroju: *a*) przez rany powłok zewnętrznych; *b*) przez zranienia błon śluzowych; *c*) przez przewód pokarmowy; wreszcie *d*) przez drogi oddechowe. Należało więc wykazać: przez które mianowicie wrota jad zarazy śledzionowéj wchodzi do organizmu myszy. Żadnych obrażeń skóry u myszy nie spostrzeżono; drogę tę przeto stanowczo można wykluczyć.

Gdyby jad wąglikowy wkraczał przez błony śluzowe lub dostawał się do krwi z przewodu pokarmowego, wtedy myszy pozostające w pyle ciał zakażonych zarodnikami lecz trudno rozpylających się (np. zatrutéj magnezyi palonéj) tak samo powinny były zdychać jak myszy otoczone pyłem zakażonego zarodnikami węgla lub talku. Nie miało to jednak miejsca, z czego wnosić można, iż jad wąglikowy dostaje się do krwi przeważnie przez płuca, przyczém pyły grube nie mogą przeniknąć przez błonki komórek plucnych, lecz tylko pyłki delikatne i lekkie.

Ponieważ jednak różni autorowie rozmaite objawiali zdania co do skuteczności jadu wprowadzonego do przewodu pokarmowego, przeto Buchner postanowił karmić myszy białe jadem wąglikowym. Z doświadczeń jego dadzą się wyprowadzić następujące wnioski:

1) Myszy karmione czystemi prątkami wąglikowemi, lub téż, za wzorem Pasteura i Toussainta, z dodatkiem węgla, nigdy nie dostawały zarazy śledzionowéj, podobnież jak i myszy żywione pokarmami zaprawionemi małą ilością zarodników.

2) Znaczne natomiast masy zarodników wąglikowych, podane myszom w pokarmie, wywoływały zawsze wąglik z zejściem śmiertelném.

3) Kał prątkowy (*Stäbchenkoth*) nie sprawiał zarazy śledzionowéj, po zaszczepieniu natomiast myszom najmniejszéj choćby ilości kału zarodnikowego takowe niechybnie zdychały.

Widocznie więc albo soki trawiące niszczą zdolność zakażającą prątków wykształconych albo też te postacie grzybkowe, podczas przechodzenia przez błonę śluzową, napotykać muszą na przeszkody, których pokonać nie są w stanie.

Jakkolwiek zarodniki wąglikowe mogą przechodzić do krwi z przewodu pokarmowego, to jednak ta droga wkraczania jadu do krwi o wiele jest trudniejszą aniżeli przez płuca, jak to nam wskazuje następujące doświadczenie. Z pewnéj ilości talku zakażonego zarodnikami Buchner wziął $^1/_4$ i u żyłją do rozpylenia. Takim pyłem oddychało 10 myszy białych i wszystkie zdechły. Pozostałe zaś $^3/_4$ zakażonego talku B. podał w pokarmie innym 10 myszom. Nic im się nie stało — wszystkie były zdrowe. Z masy rozpylonéj zaledwie jedna milijonowa część dostała się do komórek płucowych, gdy ilość trzy milijony razy większa pozostała w przewodzie pokarmowym bez skutku. O tyle więc łatwiéj przechodzą do krwi grzybki wąglikowe przez płuca. Ponieważ wreszcie po zastosowaniu wziewań śmierć również prędko nastąpiła jak po zastrzyknięciu jadu, prawdopodobnie przeto grzybki wąglikowe na drodze z płuc do krwi nie przechodzą przez gruczoły limfatyczne. *Lutostański.*

R. Berlin: O związku anatomicznym między zapaleniami w oczodole i wśród czaszki.

Rokowanie w przypadkach zapaleń w oczodole nie jest wprawdzie tak bezwzględnie złém, jak dawniejsi lekarze sądzili, ilość przypadków jednakże kończących się śmiercią nie jest wcale nieznaczną, zwłaszcza gdy się zapalenie śródczaszkowe przyłączy. Związek bywa dwojaki. Do zapalenia tkanki oczodołowéj przystępują oznaki zapalenia śródczaszkowego, albo téż do pierwotnego zapalenia osłon mózgowych przyłącza się zapalenie w oczodole. Pominąwszy uszkodzenia oczodołu i jego ścian, wyłączyć należy z pierwszéj gromady przypadki z równoczesném cierpieniem kości (w postaci zapalenia, owrzodzenia i obumarcia tejże), które pośredniczy w wywołaniu śródczaszkowego zapalenia okostny i osłon mózgowych. Szerzenie się sprawy zapalnéj jest tutaj infekcyjne i odbywa się *per continuitatem*, a jak się zdaje także i *per contiguitatem*. Autorowi nie idzie tyle o wykazanie łatwo zrozumiałego związku w tych przypadkach, ile raczéj o wykazanie dróg pośredniczących w przenoszeniu zapalenia, w przypadkach wolnych od cierpienia kości. Taką drogę, po któréj zapalenie dostaje się do jamy czaszkowéj, widzi B., jak to już pierwszy Velpeau podał, w bezpośrednim związku między *vena angularis* a zatoką *sellae turcicae*. Zakrzepina, a względnie zapalenie żył ocznych, spólniczących z zatoką jamistą po przez szparę oczodołową górną, przenosi zapalenie z oczodołu do jamy czaszkowéj. Mogłoby wprawdzie ropienie dostać się z oczodołu do osłon mózgowych także wzdłuż pochwy n. troistego, bloczkowego, okoruchowego lub odwodzącego, lecz dotąd nie stwierdziło tego żadne spostrzeżenie, tak samo, jak i przeniesienia się ropy wzdłuż pochwy n. wzrokowego, co Wecker przypuszczał, mianowicie w przypadkach zapalenia błon mózgowych po wyłuszczeniu gałki ocznéj.

Zwracając się do drugiéj gromady, w któréj zapalenie przechodzi odśrodkowo z jamy czaszkowéj do oczodołu, napotykamy znów zakrzepicę zatok. Zakrzepica zatoki jamistéj lub innéj zatoki błony twardéj, położonéj bardziéj ku tyłowi, szerzy się na żyły oczodołowe i wywołuje zapalenie tkanki pozagałkowéj. Podług Duscha zakrzepica wtórorzędna łączy się najczęściéj z zapaleniem błon mózgowych. W takich zaś warunkach zapalne wysadzenie gałki ocznéj albo wyprze-

dzający je obrzęk spojówki gałkowéj, występujące po objawach mózgowych, stają się cennym przypadem w rozpoznaniu ropnego zapalenia błon mózgowych, jak to Leyden w swoim czasie podniósł. B. zgadza się z Leydenem o tyle, o ile się to odnosi do ropnego zapalenia błon mózgowych, zawisłego od zakrzepicy zatokowéj. Ale to znaczenie rozpoznawcze obrzęku spojówki gałkowéj zastósowano także do innych postaci zapalenia błon mózgowych, mianowicie do nagminnego zapalenia błon mózgordzeniowych. I tutaj występują najprzód objawy mózgowe lub mózgordzeniowe, a *chemosis* przyłącza się zaraz w początku lub dalszym przebiegu cierpienia, prócz tego stwierdzamy nagromadzenie ropy w komórce przodkowéj, a częściéj w ciałku szklaném. Nasuwała się więc myśl, że ropienie śródczaszkowe dostaje się do oka za pośrednictwem przestworu międzypochwowego n. wzrokowego, przestworu Tenona i onaczyniówkowego, których związek anatomiczny z workiem podpajęczym wykazali Schwalbe i Axel-Key. Oględziny pośmiertne nie potwierdziły atoli takiego zapatrywania, a wykazały, że produkta zapalenia błon mózgordzeniowych dostać się mogą tylko do przestworu między pochwami n. wzrokowego i wywołać jedynie tarczę zastoinową, nie stwierdziły zaś nigdy, żeby wypocina posunęła się daléj, niż do ocznego końca przestworu międzypochwowego. W oględzinach przypadków, w których równocześnie przyszło do wytworzenia się wypociny w przestworach limfatycznych gałki ocznéj, uderza właśnie brak udziału przestworu międzypochwowego, a więc brak dowodu związku bezpośredniego między zapaleniem śródczaszkowém a śródocznem. Inne tłumaczenie poczytuje ropne zapalenie ciałka rzęskowego, występujące w zapaleniu błon mózgordzeniowych, za przerzutowe i stawia je tém samém na równi z ropném zapaleniem tęczówki i naczyniówki, wydarzającém się po tyfusie, gorączce powrotnéj, ropnicy i t. d. B. nie zgadza się z tém zapatrywaniem; gdyby ono bowiem było uzasadnioném, objawy cierpienia ocznego musiałyby występować zawsze późniéj od objawów mózgordzeniowych. Na pozór jest tak rzeczywiście; znakomici nawet autorowie podają, że przypady zapalenia tęczówki i naczyniówki pojawiają się dopiéro w drugim lub trzecim tygodniu od początku choroby. B. nie zgadza się z tém, domyślając się, iż zapalenie tęczówki i naczyniówki występuje zawsze równocześnie z zapaleniem błon mózgowych, ale że objawy bywają częstokroć zrazu nieznaczne i uchodzą uwagi w obec ciężkich przypadów mózgowych, a uderzają dopiero późniéj, gdy się do wyższego stopnia rozwiną. W takiém pojmowaniu rzeczy utwierdzają go spostrzeżenia Oellera i Rudnewa, którzy zapalenie oka rzeczywiście w początkach choroby, a nawet równocześnie z pierwszemi objawami mózgowemi, stwierdzili.

Nie mogąc więc zapalenia ciałka rzęskowego, występującego w przebiegu nagminnego zapalenia błon mózgordzeniowych, uważać ani za rozszerzenie się sprawy zapalnéj śródczaszkowéj ani téż za przerzut, tłumaczy sobie B. jego powstawanie w ten sposób, że grzyb wywołujący zapalenie błon mózgowych, znajdując w naczyniach naczyniówki, tak samo jak w naczyniach błon mózgowych, dogodne warunki do dalszego rozwoju, wywołuje zapalenie naczyniówki równocześnie z zapaleniem błon mózgowych.

Tak więc dotąd wykazaną byłaby anatomicznie jedna tylko droga łącząca zapalenia śródczaszkowe z oczodołowemi, a mianowicie droga żył. Cokolwiekbądź jest rzeczą pewną, że bezpośredniego przejścia zapalenia błon mózgowych przez przestwór między pochwami n. wzrokowego do przestworu Tenona a ztamtąd do przestworu onaczyniówkowego nie udowodniono dotąd ani w jednym przypadku.

Nerwom, a względnie ich pochwom, przypisują, zdaniem B. niesłusznie, ważny udział w rozszerzaniu sprawy zapalnéj także i w zapaleniu oka współczulném, które, jego zdaniem, za cierpienie zakaźne, a raczéj przerzutowe, uważać należy. W przypadkach zapalenia współczulnego poprzedziło niemal bez wyjątku przedziurawienie ściany gałki ocznéj jużto skutkiem urazu, jużto skutkiem przebicia przez wrzód rogówkowy, już téż wreszcie skutkiem zabiegu operacyjnego w przypadkach, w których nowotwór śródoczny dał powód do zapalenia współczulnego. Tęczówka lub naczyniówka była więprzez dłuższy lub krótszy czas wystawiona na wpływ powietrza, a przy tém ściany naczyń nadwerężone. Skutkiem zetknięcia się jagodówki z grzybkami, znajdującemi się w powietrzu albo na narzędziu uszkadzającém, przychodzi do zapalenia tęczówki lub tęczówki i naczyniówki w oku uszkodzoném. Gdzie więc takie uszkodzenie nie zgoi się po prostu, lecz da powód do zapalenia błon ocznych, tam przypuścić możemy razem z Leberem zakażenie oka uszkodzonego, a przyznając zapaleniu je:o tęczówki lub tęczówki i naczyniówki cechę zakaźną, upatrywać ją téż możemy snadnie i w cierpieniu oka drugiego, współczulnie dotkniętego. Z pewnością przypuścić bowiem możemy, że część produktow zapalnych dostaje się z oka pierwszego do krwi. Produkta te zalegać mogą gdziekolwiek w ustroju i nie rozwijać się daléj, ponieważ nie znajdują dogodnych dla siebie warunków, ale dostawszy się do naczyń włosowatych jagodówki drugiego oka napotykają one tam warunki odpowiednie glebie macierzystéj, tak, że te produkta, a względnie zawarte w nich zarodki pasorzytów, rozwijają się daléj i wywołują tak zwane przerzutowe zapalenie jagodowki oka drugiego. B. wie bardzo dobrze, że tém rozumowaniem nie dowiódł ostatecznie przyrody zakaźnéj zapalenia współczulnego, ale pragnął to przypuszczenie wypowiedzieć, ponieważ widzi jego wyższość nad dotychczasowém tłumaczeniem powstawania cierpienia współczulnego i sądzi, że ono może wywrzeć wpływ na leczenie uprawniając do wczesnego, zaradczego, wyłuszczenia gałki ocznéj tak niesłusznie zaniedbywanego. (*Volkmanns Sammlung Klinischer Vortraege Nr. 186*, zeszyt wydany 6 października 1880). *Prof. Dr. Rydel.*

Dr. Fischer (w Budapeszcie): **O przepłukiwaniu pęcherza.**

Między sposobami miejscowego leczenia cierpień pęcherza zajmuje bezsprzecznie pierwsze i najważniejsze miejsce przepłukiwanie tegoż różnemi płynami, tak w celu wydalenia zeń pierwiastków chorobowych, rozkład moczu wywołujących, jakiemi są ropa, śluz, skrzepy, krwi itp., jakotéż w celu zetknięcia z błoną śluzową środków leczniczych tak na błonę śluzową jak i na mięśnie i unerwienie pęcherza działających. Dawniejsi lekarze używali do przepłukiwania pęcherza pojedyńczego cewnika, Civiale pierwszy wprowadził w życie cewnik Cloqueta *à double courant,* dziś o tyle postąpiliśmy naprzód, że nie strzykawką lecz za pomocą lejka z wężem gumowym, na wzór Hegarowskiego, wprowadzamy płyn za pośrednictwem cewnika do pęcherza; kateter podwójny, jeżeli nie inną, to tę posiada zaletę, że natychmiast wydala płyn przepłukujący pęcherz i umożebnia płukanie dłuższe bez przerwy czyli t. zw. irrygacyję, wlewanie płynu *en masse.*

Fischer zmienił nieco cewnik Cloqueta, a mianowicie dał mu z przodu nieco większe zakrzywienie i zaopatrzył tępy gałkowaty koniec jego w sześć maleńkich otworów, któremi płyn jak przez sito do pęcherza wchodzi a otworem większym na dolnéj powierzchni zakrzywienia z pęcherza wypływa; tylny koniec cewnika ma tak jak u Cloqueta kształt litery V czyli zakończony jest dwoma ramieniami; na ramię górne zasadza się rurkę gumową odpowiedniéj grubości, a do 50 cm. długą i z lejkiem szklanym połączoną, gdy rurkę na dolném ramieniu utwierdzoną łączy się z naczyniem zbierającém wodę z pęcherza odpływającą. O tyle więc cewnik Fischera lepszy jest od innych, że wprowadza płyn do pęcherza nie jednym grubszym strumieniem; często nie mile pęcherz drażniącym, lecz sitowato i we wszystkich kierunkach. Przed wprowadzeniem do pęcherza należy cewnik zamaczać w 3% rozczynie kwasu karbolowego, chorego ułożyć poziomo z miednicą nieco podniesioną a dla zapobieżenia dostaniu się powietrza do pęcherza rurkę kauczukową górną dobrze ucisnąć; po założeniu cewnika wlewa się powoli płyn do lejka a uciska równocześnie rurkę dolną, dopiero gdy chory poczuje w pęcherzu lekkie parcie, rurkę się otwiera, aby płyn z pęcherza powoli i jednostajnie odpływał.

W ten sposób leczył F. z bardzo pomyślnym skutkiem przewlekłe nieżyty pęcherza przepłukując pęcherz naraz jednym lub dwoma litrami płynu, wyleczył także w jednym przypadku uporczywy niedowład pęcherza (*Atonia et Paresis*) u młodego człowieka, opierający się wszelkiemu leczeniu, za pomocą wlewań i przepłukiwań pęcherza zimną wodą, pobudzającą mięśnie do silniejszego kurczenia się, a wreszcie widział wielką ulgę w kilku przypadkach wrzodów lub sprawy rozpadowéj w błonie śluzowéj przepłukując pęcherz środkami ściągającemi lub przeciwgnilnemi. (*Berl. klin. Woch. Nr. 48*). *Dr. T. W.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. R.) Salzer oblicza ilość włókien na przekroju nerwu wzrokowego średnio na 438.000; ilość zaś czopków na 3 do 3·6 milijonów.

(L. R.) Mooren i Rumpf. (*Centralblatt f. d. mediz. Wissenschaften* Nr. 19) O odruchach naczyniowych w oku. Jeżeli się za pomocą środków drażniących wywoła przekrwienie tęczówki jednego oka, tęczówka druga okazuje niedokrewność; po zaprzestaniu drażnienia występuje znaczne nastrzykanie w miejsce niedokrewności odruchowéj, podczas gdy tęczówka drażniona i pierwéj przekrwiona staje się teraz niedokrewną. Jeżeli się sztucznie wywoła niedokrewność jednéj gałki ocznéj, tęczówka oka drugiego okazuje przekrwienie. Obszary naczyniowe obu oczu pozostają więc w bardzo ścisłym związku, za pomocą którego autorowie tłumaczą niektóre postacie cierpienia współczulnego.

(L. R.) Grünhagen i Jesner. O wytwarzaniu się włóknika po drażnieniu nerwów (*C. f. A.* str. 181). Skład chemiczny cieczy wodnéj zawisł od wpływów nerwowych. Z cieczy wodnéj wydziela się skrzep włóknikowy po zadrażnieniu gałęzi ocznéj nerwu troistego. Drażnienie nerwu ma wywoływać rozszerzenie naczyń a w ten sposób wysięk pierwiastków włóknik wytwarzających. Na drugiém oku niedrażnioném powstają zresztą również skrzepy jakkolwiek słabsze.

(L. R.) Haidenhain. Przyczynek do krytyki doświadczeń hypnotycznych. (*Bresl. ärztl. Zeitschr. März* 1880). Skutkiem powolnego głaskania czoła i okolicy kości bocznych głowy powstawać ma jednostronna ślepota na barwy i kurcz akomodacyi. Po zapuszczeniu atropinu odzyskuje oko zdolność odróżniania barwy żółtéj i niebieskiéj, chociaż niezupełnie, a pozostaje nieczułém na barwę zieloną i czerwoną.

(T. W.) Dr. Goutermann (*Berl. klin. Woch.* Nr. 48) poleca na błonicę przetwory wapienne, jak wodę i mleko wapienne; w trzech epidemijach błonicy stwierdził skuteczność swego leczenia, polegającego na pędzelkowaniu lub płukaniu gardła powyższemi rozczynami co kwadrans lub co pół godziny, a w cięższych przypadkach i u bardzo małych dzieci na podawaniu wewnętrzném wody wapiennéj co ½ godziny po łyżeczce. Kilkoro dzieci przezeń innym sposobem leczonych pomarło, leczone przetworami wapiennemi wszystkie wyzdrowiały.

(Kra.) Leczenie zapalenia przyjądrza. Dr. Blaschko w Berlinie używa przy leczeniu zapalenia przyjądrza, zamiast opaski Frickego, elastycznéj opaski z bardzo pomyślnym skutkiem. Chorzy pozbywają się tego cierpienia w przeciągu kilku dni, nie doznając ani przy zakładaniu ani przy zdejmowaniu téjże żadnego bólu. Opaska sześć cm. szeroka, około 1 metra długa, obwija się 3—4 razy, uciskając naokoło jądra i przytwierdzając ją za pomocą stósownego przyrządu. (*Allg. med. C. Zeit.* Nr. 72).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich

Sekcyja lwowska Tow. lek. galic.

Posiedzenie XVI z dnia 3 kwietnia 1880.

Przewodniczący: Kol. Głowacki. Członków obecnych 26.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Następuje sprawozdanie z czynności Komisyi, wydelegowanéj przeszłego roku na prośbę właściciela Lubienia przez Towarzystwo lek. do tego zdrojowiska, (Komisyi złożonéj z kolegów: Feigla, Krówczyńskiego i Opolskiego), która udała się tam dnia 26 czerwca 1879 w towarzystwie Protomedyka kol. Biesiadeckiego i lekarza powiatowego z Gródka kol. Niedźwieckiego oraz kilku innych lekarzy lwowskich.

Sprawozdawca kol. Krówczyński podając opinię Komisyi poprzedza ją krótkim opisem Lubienia w celu dokładniejszego przedstawienia dotychczasowego stanu zdrojowiska, projektowanych w niém ulepszeń, i dla porównania w przyszłości o ile zakład postępuje. Po wzmiance o sposobie wytwarzania się źródeł siarczanych wyraża zdanie o Lubieniu, iż woda wydobywa się niewątpliwie z pokładów gipsowych i przytacza rozbiór chemiczny źródła Ludwika, dokonany w r. 1860 przez prof. Czyrniańskiego, z którego wynika, iż jest ono obfite w związki siarczano-wapienne. Zastanowiwszy się nad działaniem wewnętrzném wód tego rodzaju, zwraca uwagę na wdychiwanie kwasu siarkowodowego w kąpieli mające niemniejsze znaczenie, i wymienia odpowiednie do tych czynników wskazania lecznicze dla Lubienia, nie pomijając dzielnego działania kąpieli borowinowych.

W uwagach o warunkach zdrowotnych Lubienia podnosi, iż tamże nie panują choroby nagminne, nierozstrzygając, czy przypisać to kwasowi siarkowodowemu, oraz zaznacza tamże brak spostrzeżeń meteorologicznych.

Potém opisuje łazienki i domy mieszkalne, wykazując, o ile Zarząd przez urządzenie odpowiednich wygód, drenowanie itp. je polepszył. Dodawszy kilka słów o przyjemnym parku, wodzie do picia, muzyce, przytacza cyfry gości z lat ostatnich, jako to w r. 1877 było gości 862, 1878 do 810, 1879 do 935, które to cyfry uznaje za zbyt szczupłe stosunkowo do nakładów, a powód tego przypisuje dziwnie małemu poparciu lekarzy i pochopowi publiczności pozbywania się pieniędzy w kąpielach zagranicznych. Wzywając tedy Towarzystwo do popierania tych naszych bogactw przyrodzonych, jak to właśnie w Krakowie osobna Komisyja balneologiczna czyni, przystępuje nakoniec do powziętéj przez Komisyję opinii, któréj każdy wymieniony punkt poprzód uzasadnił. Opinija ta brzmi w sprawozdaniu jak następuje:

„Komisyja więc, stwierdziwszy że częściowo uczyniono już zadosyć żądaniom Komisyi wydelegowanéj przed dwoma laty, równocześnie jednak uznaje niezbędną potrzebę:

1. możliwego osuszenia gruntu lubienieckiego;

2. powtórnego rozbioru wody źródła Ludwika [1]);

3. zabezpieczenia ścian źródła i pokrycia szczelnego tegoż odpowiednim budynkiem;

4. ulepszenia domu łaziebnego przez zarządzenie:

a) cel do miejscowych kąpieli;

b) tuszów, łaźni;

c) przez zniesienie 4téj klasy, ewentualnie pomnożenie wanien istniejących klas;

5. urządzenia z większą jeszcze dogodnością i komfortem mieszkań;

6. zaprowadzenia stacyi klimatyczno-meteorologicznéj;

7. wydawania należycie opracowanych sprawozdań przez lekarzy i zarząd, a proponuje:

8. założenie zakładu hydro-terapeutycznego w Lubieniu.

Wypełniając żądania pod l. 1—7 wykazane uczyni Zarząd zadość wskazaniom obu Komisyj [2]) przyjmując propozycyję co do zakładu hydroterapeutycznego, prawdopodobnie zapewni szybki rozwój uzdrowiska kąpielowego, na co Lubień niewątpliwie z powodu skuteczności wód i obfitości źródła zasługuje.“

W dyskusyi nad sprawozdaniem mniema kol. Różański, iż rozwój wspomnianego zakładu ma przedewszystkiém znaczenie ekonomiczne i to dla właściciela samego stósownie do dochodów, jakie mu zakład przynosi, a które zawisły od wkładów i starań w celu podniesienia tegoż. Dla chorych jednak i pod względem naukowym ma mniéj lub więcéj świetny stan tego zdrojowiska podrzędniejszą doniosłość, albowiem w obec obfitości kąpieli siarczanych w kraju i zagranicą, można być w wyborze wybrednym. Kol. Chądzyński mówiąc o niektórych niekorzystnych klimatycznych warunkach Lubienia, zaznacza jego wilgotne położenie i uznaje za pierwszą wskazówkę osuszenie zakładu, przedstawiając je jako nader trudne do osiągnienia. Potém zwraca uwagę dotyczącéj Komisyi, iż podaje obecnie wiele z tych wskazówek, które jeszcze w r. 1877 wysłana tamże Komisyja, a do któréj i przemawiający należał, zaleciła jakoto: ocembrowanie źródła, chemiczny rozbiór wody, osuszenie gruntów; dodając zarazem, że już wtenczas postanowił Zarząd pokryć wanny masą platynową, urządzić wychodek w łazienkach i główny stek uregulować, wyraża tedy wątpliwość, czy i tym razem Zarząd do opinii Komisyi całkiem się zastosuje. Po przemówieniach w tym przedmiocie jeszcze kolegów Merczyńskiego, Karcza, Opolskiego i Pawlikowskiego i po zapewnieniu sprawozdawcy, iż niektóre ze wskazówek, jak ocembrowanie źródła itp. już przeprowadzono, a niekóre albo rozpoczęto, lub téż wnet się do nich zabiorą, przyjmuje zgromadzenie sprawozdanie do wiadomości.

3) Wniosek kol. Opolskiego, aby Sekcyja lwowska przeznaczyła odpowiednią kwotę na fundusz wspierania ubogich rekonwalescentów kliniki krakowskiego Uniwersytetu, który to fundusz prof. Korczyński utworzyć się stara, oddało zgromadzenie Radzie zawiadowczéj do załatwienia.

4) Nakoniec kol. Opolski opisał w krótkości przypadek chorobowy, obserwowany w szpitalu tarnowskim, dotyczący śpiącego izraelity, o którym donosiły dzienniki codzienne, jakoby był pogrążony we śnie pozornym. Widząc go osobiście podczas pobytu w Tarnowie i z wywiadów, otrzymanych od lekarza ordynującego, dyrektora szpitala Dra Kowalskiego, przytoczył, że ów chory, nazwiskiem Nechemie Wachtel, lat 24 liczący, zachorował w pierwszéj połowie stycznia br. na chorobę gorączkową, uważaną za dur, w ciągu któréj postawiono mu 30 pijawek na brzuch, 6 za uszyma a 4 na skronie. Przypady mózgowe miały wybitnie występować. W czwartym tygodniu choroby miał zapaść jakoby w sen letargiczny, nie oddziaływając na żadne bodźce zewnętrzne. Według zeznania ojca chory budził się z tego snu co kilka dni, żądając pokarmów, po przyjęciu których miał znów zasypiać. Oddawanie kału i oddawanie moczu miało być bezwiedne. Do szpitala tarnowskiego oddano go 3 marca. Ponieważ chory w czasie widzenia go pozostawał jeszcze w leczeniu a o dalszym przebiegu choroby ma kol. Opolski przyrzeczoną informacyję z uprzejmości lekarza ordynującego, przeto na razie namienia, że badając chorego znalazł go bardzo wychudłym, spokojnie oddychającym, 16 razy na minutę. Oddech był obojczykowo-przeponowy, — przy czém klatka piersiowa jednostajnie się podnosiła. Tętno 70, regularne; tętnica cienka, napięta. Wyraz twarzy bolesny, powieki przymrużone w ciągłych drganiach kurczowych a trudno je rozewrzeć. Szczękościsk pozorny. Trzeba było użyć znacznéj siły do otwarcia szczęk, poczém szczęka dolna powoli się zbliżała do górnéj, a włożywszy palec do ust przed zamknięciem się szczęk, nie doznawało się żadnego ucisku, któryby mógł wskazywać na istniejący kurcz toniczny mięśni przeżuwaczy. Ścisnąwszy nos, zauważył badający, jak chory po długiéj chwili zniżał i podnosił krtań w szybkich ruchach, poczém silnie zaczął robić klatką piersiową a nareszcie otworzył usta i uczynił głęboki wdech. Zjawisko to sprawiało wrażenie jakoby samowiednie z zamiarem, do ostatniéj możliwości, ociągał się z otwarciem ust, celem zaczerpnięcia powietrza. Badający doświadczał go następnie prądem elektrycznym przerywanym i drażnieniem skóry za pomocą szpilki na różnych częściach ciała, jakotéż płomieniem świecy. Wynik tego badania wskazywał prawidłowe oddziaływanie mięśni a prawie zupełną nieczułość powłok skórnych; kłuty zaś w błonę węchową, ściągał nos. Odruchów nie było prawie nigdzie. Jedynie za szturchającém ukłuciem szpilką w dłoni podeszew lekko zgiął palce ręki, a względnie zwrócił stopę na zewnątrz po ukłuciu. Kłując go na wewnętrznéj powierzchni uda w górnéj trzeciéj części wywołano kurcz mięśnia podnoszącego jądra. Przy nadawaniu mu innego położenia, zachowuje się biernie. Posadzony, albo postawiony wraca do leżącego układu, ale widocznie z użyciem pewnéj władzy mięśniowéj. Przy wyprostowaniu lub podniesieniu rąk okazuje zjawisko krótkotrwałego stanu kataleptycznego. Chory bywa sztucznie karmiony za pomocą cewy żołądkowéj. Dotychczas oprzytomniał w szpitalu kilka razy na krótką chwilę, ale na zadane pytania odpowiadał „nie wiem.“ Nie wiedział, jak się nazywa, a gdy mu powiedziano jego właściwe nazwisko, potwierdził, że tak się nazywa. Zapytany, czy chce jeść, odrzekł: nie. Razu jednego powiedział do sąsiada, który śpiewał: „bylibyście cicho.“ Po tych błyskach samowiedzy wracał zawsze do stanu zwykłego otrętwienia. Udzieliwszy téj pobieżnéj wiadomości o stanie zdrowia Nechemiego Wachtla, którego przypadek nabrał wiele rozgłosu, oświadczył kol. Opolski, że się spodziewa znaleść drugi raz sposobność badania tegoż, poczém poznawszy dalszy przebieg choroby po jéj ukończeniu się nie omieszka złożyć szczegółowego sprawozdania. Z dotychczasowego obrazu téjże skłonny jest do przypuszczenia prawdopodobnie cierpienia umysłowego badanego, a mianowicie zadumy z otrętwieniem umysłowém i zwraca uwagę, że w tych postaciach chorobowych uważał niejednokrotnie zupełny brak czucia powszechnego, co właśnie uderza i w przypadku obecnym.

Sekretarz *Dr. Tarnawski.*

[1]) W roku bieżącym dokonano rozbioru chemicznego źródła Ludwika.

[2]) Pierwszy raz wysłało Towarzystwo Komisyję przed 2ma laty.

VI. Wnioski c. k. kraj. Rady zdrowia, mające na celu uregulowanie praw i obowiązków t. zw. cyrulików [1]).

Referent Dr. F. Cassina,
c. k. radca zdrowia i lek. pow. w Przemyślu.

C. k. Namiestnictwo z dnia 30 grudnia 1879 l. 63.625 i 21 marca 1880 l. 14.411 udziela do zaopinijowania rekurs S. K. z Gł. przeciw orzeczeniu c. k. Starostwa w Rzeszowie, którém wzbroniono temuż wykonywanie rękoczynów cyrulickich; zarazem wzywa Radę zdrowia do poczynienia wniosków co do środków zarządzić się mających celem powstrzymania partactwa, którego dopuszczają się t. zw. cyrulicy.

C. k. Namiestnictwo z dnia 14 stycznia 1880 l. 1629 udziela Radzie zdrowia do objawienia zdania prośbę kilku

[1]) Na wniosek Sekcyi czortkowskiéj Tow. lek. galic. a za staraniem Rady Zawiadowczéj tegoż Towarzystwa została c. k. kraj. Rada zdrowia wezwaną przez c. k. Namiestnictwo do poczynienia odpowiednich wniosków.

subjektów cyruliczych we Lwowie, aby wzbroniono zwykłym golarzom wykonywanie mniejszych rękoczynów cyruliczych.

Brak odpowiedniéj liczby lekarzy skłonił c. k. Rząd do utworzenia tak zw. szkół chirurgicznych, mających wykształcać lekarzy o połowiczych wiadomościach lekarskich Takim chirurgom dozwolonóm było osiedlać się bezwarunkowo w miejscowościach takich, w których nie było doktorów medycyny, w miejscowościach zaś, w których byli osiedleni doktorowie, tylko wówczas, gdy mogli się wykazać posadą gminną lub posiadaniem oficyny chirurgicznéj; zarazem nie wolno było tym lekarzom wykonywać praktyki wewnętrznéj. Każdy chirurg posiadający oficynę był obowiązanym utrzymywać w niéj służbę pomocniczą t. zw. uczniów, którzy po ukończeniu pięcioletniéj praktyki obowiązani byli słuchać wykładów anatomii, poczém składali egzamin w obec starszego gremium chirurgicznego i lekarza obwodowego jako komisarza rządowego, i uzyskiwali świadectwo na subjektów *(Lehrbrief)*, które to świadectwo upoważniało ich do uczęszczania na kursa chirurgiczne, by tamże uzyskać dyplom patrona chirurgii.

Z biegiem czasu, lecz dopiero po kilkodziesięcioletniém doświadczeniu przyszedł Rząd do przekonania, iż nauka lekarska takie postępy poczyniła, iż połowicza znajomość téjże nie ma żadnéj wartości i postanowiono znieść szkoły chirurgiczne, natomiast zaś udzielić pozostałym chirurgom wolności leczenia samodzielnego chorób wewnętrznych, reszta zaś przepisów została niezmienioną i ma do dziś dnia moc obowiązującą.

W naszym kraju niestety przepisy dotyczące chirurgów i oficyn wcale nie były przestrzegane lub tylko nader pobieżnie, chirurdzy, mający obowiązek stale przebywać w oficynach, uważali takowe tylko jako warunek niezbędny do osiedlenia się w pewném miejscu, z drugiéj strony zaś jako środek dochodu otwierali takowe, a późniéj, nietroszcząc się wcale o to, co się w nich dzieje, wydzierżawiali je tacite subjektom, którzy pod firmą właściciela oficyny gospodarowali jak umieli, mając na oku li korzyść materyjalną, pokrywani w obec sądu i ustawy karnéj firmą chirurga. Rzetelniejsi zaś zwijali swe oficyny.

Obecnie doszło już do tego, że wyjątkowo istnieją oficyny chirurgiczne uprawnione, a wszelkie prawa tychże przeszły na golarnie. Jak już powyż wspomniałem, kształciły oficyny pomocników, którzy dzisiaj pod imieniem cyrulików lub pomocników lekarskich trudnią się partactwem lekarskiém na wielką skalę, i jest ich 2 rodzaje: jedni mogący wykazać się świadectwem jak subjekci, którzy, iak świadczy podanie wniesione do Namiestnictwa, nawet w stołeczném mieście uzurpują sobie prawo wykonywania pomniejszych rękoczynów cyruliczych, drudzy, których liczba jest przeważną, są to albo autodydakci, którzy sami nauczyli się kunsztu albo przebywali w golarniach lub oficynach, lecz nieuzyskali t. z. usamowolnienia *(Lehrbrief)*. W obec okoliczności, iż oficyn chirurgicznych coraz mniéj, braknie w najbliższéj przyszłości zupełnie cyrulików egzaminowanych a pozostaną tylko zwykli golarze, którzy, pod warunkami, jakie dziś istnieją, wykonywać będą bezkarnie swe rzemiosło. Najlepszą ilustracyją jest stolica kraju, a cóż dopiero dzieje się na prowincyi.

Każde miasteczko ma co najmniéj jednego cyrulika, a ten w obec ciemnoty ludu naszego jest jego lekarzem, tak też n. p. w przemyskim i mościskim powiecie nie ma ani jednéj oficyny a mimo to cyrulików znajdziemy w Przemyślu, Niżankowicach, Krzywczy, Mościskach, Husakowie, Krakienicach, Sądowéj Wiszni.

Powodem, dla którego cyrulicy tak bezczelnie trudnią się partactwem, jest to, iż nasza ustawa karna jest niedostateczną pod względem definicyi partactwa, należy bowiem do wyjątków, aby Sąd ukarał cyrulika za partactwo, chyba, że płód spędzi, lub udowodnionóm zostanie uszkodzenie cielesne w skutek samowolnego wykonania operacyi, puszczanie zaś krwi lub rwanie zębów, daléj stawianie pijawek nie uznaje się za rzecz zdrożną, jako należące do zawodu cyrulicżego. Nawet w razie gdy cyrulik zostanie raz ukaranym, odsiedziawszy karę wychodzi otoczony aureolą męczeństwa jako prześladowany przez lekarzy i daléj partaczy tém zawzięciéj.

W obec tych okoliczności konieczną jest rzeczą, ściśle oznaczyć prawa tak zw. egzaminowanych cyrulików. Ci, według obowiązujących dotąd przepisów, nie mają prawa wykonywania rękoczynów chirurgicznych samodzielnie, lecz tylko w oficynach chirurgicznych, t. j. pod dozorem i odpowiedzialnością lekarza i li tylko z ordynacyi lekarskiéj. Cyrulicy zaś nieegzaminowani nie mają żadnych praw, z któremi by się liczyć wypadało.

Gdy atoli do wykonywania pomniejszych czynności cyruliczych, jakoto stawiania pijawek, baniek, podawania lewatyw, potrzebną jest pomoc ludzi do tego ukwalifikowanych, nie można na razie znieść całéj instytucyi cyrulików; obowiązkiem atoli jest władz ograniczyć ją dokładnemi przepisami i utrzymać w granicach surowéj karności.

W tym celu wnosi c. k. kraj. Rada zdrowia: Wysokie c. k. Namiestnictwo zechce wydać szczegółowe rozporządzenie normujące prawa cyrulików i poddające takowe pod jurysdykcyję władz administracyjnych, tak jak to już ma miejsce z niepowolanemi położnemi.

Zdaniem Rady zdrowia należałoby przeto, dopóki ustawodawstwo nie zmieni przepisów dotąd obowięzujących:

1) wszelkie przepisy dotyczące oficyn chirurgicznych na nowo ogłosić, a właścicieli oficyn zobowiązać do ścisłego przestrzegania tych przepisów, karząc surowo każde przekroczenie tychże w drodze administracyjnéj;

2) wydać rozporządzenie normujące prawa cyrulików, i to w następny sposób:

a) w miejscowościach, w których znajdują się oficyny chirurgiczne, tylko w tychże wolno wykonywać wszelkie czynności cyrulicze;

b) tylko w tych miejscowościach, w których nie ma oficyn chirurgiczych, wolno jest golarzom wykonywać poniżéj wymienione czynności cyrulicze, jeżeli wykażą się egzaminem na pomocników *(Lehrbrief)*;

c) golarzom nie posiadającym warunków właśnie pod *b)* wymienionych jest bezwarunkowo wzbronionóm wykonywanie czynności cyruliczych;

d) cyrulikom wymienionym pod *b)* nie wolno atoli żadnéj czynności wykonywać samodzielnie, t. j. bez ordynacyi lekarza; w ogóle należą tylko następujące czynności do ich zakresu działania: udzielanie pierwszéj pomocy w nagłych przypadkach chorobowych aż do przybycia lekarza, stawianie pijawek, baniek siekanych i suchych, stawianie gorczyczników, podawanie lewatyw, wreszcie oczyszczanie ran pod nadzorem lekarza.

Puszczanie krwi, rwanie zębów oraz szczepienie ospy, nie mniéj każde leczenie nie należące do zakresu działania cyrulików, uważać należy za partactwo.

e) Przekroczenie powyższych przepisów, o ile takowe nie jest objęte ustawą karną, podlega karze przez władze administracyjne wymierzyć się mającéj, szczegółowo zaś cyrulicy egzaminowani, którzy swój zakres działania przekraczają, niemniéj golarze i cyrulicy nie posiadający wymogów pod *b)* wymienionych, a wykonywający czynności cyrulicze ulegają grzywnie do 100 złr. lub karze aresztu do 14 dni w myśl reskryptu minist. z dnia 30 września 1857 (dz. u. p. l. 198).

Listy z Berlina.

III.

Jedną z najlepiéj urządzonych klinik jest poliklinika chirurgiczna prof. Langenbecka. Jakkolwiek poliklinika ta do obecnéj chwili ma pomieszczenie bardzo liche, a można powiedzieć i nieodpowiednie, jednak używa w Berlinie największéj wziętości, którą jéj zjednał prof. Langenbeck.

Do końca tego miesiąca poliklinika chirurgiczna pomieszczoną jest w starym domu częściowo dwu, a częściowo trzypiętrowym przy Ziegelstrasse. Choć budynek jest duży, to jednak chorych nie może się więcéj pomieścić nad 120 i do tego najbiedniejsi, pomieszczeni w klasie III, znajdują się częściowo rozlokowani po poddaszach, tak, iż nie mają ani dość powietrza, ani dość światła. Chorzy będący w klasie I i II mają jeszcze pomieszczenie jakie takie, ale ci wyżéj wspomnieni muszą przyjąć, co im się zdarzy. Jeżeli jest więcéj miejsca, to i oni mają lepsze pomieszczenie, jeżeli zaś mniéj lub zupełny brak miejsca, to i tak są kontenci, jeżeli się dostaną do niskiego i ciemnego poddasza. Z początkiem listopada zostały oddane na użytek polikliniki trzy nowo wystawione pawilony, budynek zaś stary zupełnie zostanie zburzony, a na jego miejsce staną nowe trzy pawilony, tak iż poliklinika chirurgiczna składać się będzie z 6 pawilonów, w których znajdzie pomieszczenie przeszło 200 chorych i z budynków frontowych, w których będzie się mieścić administracyja, pomieszkania dla lekarzy, a nareszcie pewna ilość łóżek dla chorych I klasy. Chorzy dzielą się na klasy, ci, którzy mogą najwięcéj płacić, należą do klasy I i mają najlepiéj i najwygodniéj urządzone pokoiki, ci zaś, którzy nie są w stanie tyle płacić, dostają pokoiki mniéj gustownie urządzone i z mniejszemi wygodami, biedni nareszcie idą do klasy III.

Wszystkie pawilony są to budynki parterowe bokiem jednym stojące prawie tuż nad samą Spreą, a oddalone od siebie o 30 do 40 kroków. Do jednego z tych pawilonów przytyka sala operacyjna o podstawie kształtu koła, z jednéj strony niezupełnie zamkniętego. Środek, gdzie ma stać stół operacyjny, oddzielony jest od reszty sali rodzajem kanału, do którego wszystkie nieczystości, woda karbolowa po zmyciu posadzki, krew podczas operacyi spływająca na ziemię, mają się dostawać. Naprzeciw tego miejsca i wchodu, właśnie tam, gdzie koło jest nie zamknięte, jest rodzaj nyży, gdzie mają stać szafy z instrumentami, po obu zaś bokach téj nyży są pokoiki przeznaczone do użytku profesora. Oświetlenie téj sali operacyjnéj jest przeważnie z góry, dach bowiem jest szklany; w ścianach są wprawdzie okna, ale te są małe i będą częściowo zasłonięte ławkami, a podczas operacyi i słuchaczami. Posadzka tak w téj sali, jako też i we wszystkich innych, jest z płyt wyrabianych z cementu. Wentylacyja wszystkich tych pawilonów jest jednaka i tak samo prawie urządzona, jak w pawilonie położniczym prof. Gusserowa, o którym w poprzednim liście pisałem, zachodzi tylko ta jedna różnica, iż nie ma skrzyń pod łóżkami, któreby przyprowadzały i odprowadzały powietrze. Ogrzewanie sal jest centralne za pomocą ogrzanego powietrza, a rury, któremi to powietrze przechodzi, są ułożone w środku sali w kształcie skrzynki podłużnéj. Jeden ze skrajnych pawilonów przeznaczony jest dla przypadków zaraźliwych, jako to dla dyfterytycznych, pyemicznych i dotkniętych różą. Połowa pawilonu przeznaczoną jest dla dyfterycznych, druga zaś dla reszty. Ostrożności będą zachowane wszelkie, aby przyrzutu nie przenosić na innych chorych. Bielizna brudna zostanie wyniesioną do sionki, z któréj rurami dostanie się do suteren, gdzie ulegnie zupełnéj desinfekcyi, nim pójdzie do prania.

W godzinach rannych prof. Langenbeck miewa swe wykłady i operacyje, a po południu, od godziny 2 zaczyna się poliklinika, którą prowadzi prof. Krönlein. Ilość materyjału jest bardzo obfita, dziennie nowych przypadków przychodzi około 40, szukających jednak porady, wliczając już i tych, którzy już po drugi raz lub częściéj przychodzą, będzie więcéj niż 100, dla tego téż do późna w wieczór tak profesor, jak i praktykanci są zajęci. Cięższe przypadki przyjmują się do stałéj kliniki, lżejsze zaś natychmiast operują się i leczą ambulatoryjnie. Takie przypadki, jak zwichnienia i złamania odnóg górnych, zakładania gorsetów gipsowych u skoliotycznych, zakładanie przyrządów lub opraw gipsowych u dzieci z *pes valgus*, *equinus* itd., wszystkie załatwiają się ambulatoryjnie. Zamiast opatrunku gipsowego używają na poliklinice Langenbecka oprawy ustalającéj z tripolitu. Korzyści, jakie ten opatrunek daje są te: iż jest nieco tańszy od opatrunku gipsowego, a po wyschnięciu lżejszy o 10%. Opatrunek tripolitowy zakłada się w zupełności tak samo jak gipsowy.

Jednym z najpiękniej i najlepiéj urządzonych szpitali berlińskich jest tak zwany szpital katolicki albo św. Jadwigi, położony przy „Grosse Hamburgerstrasse“. Szpital ten nie dla tego nosi nazwę katolickiego, iżby tam mieścili się sami katolicy, bo religia nie robi żadnych trudności w przyjęciu, ale dla tego, iż przy tym szpitalu utrzymały się Siostry Miłosierdzia, jako téż i lekarze ordynujący mają być katolikami. Szpital ten obecnie nie należy do największych, bo w nim znajduje pomieszczenie niespełna 300 chorych, ale wkrótce zostanie o drugie tyle zwiększony, dom bowiem frontowy trzypiętrowy, przy téj saméj ulicy wystawiony, jest już na ukończeniu, a w nim ma znaleść pomieszczenie znowu 300 chorych. Do szpitala tego przyjmuje się przeważnie chorych z wewnętrznemi chorobami, choć i dla chirurgicznych przypadków, mianowicie lżejszych, znajduje się pomieszczenie; tych obecnie jest około 60. Sale szpitala tego nie są wielkie, w największych mieści się 10 chorych, zwykle jednak w każdéj salce jest 6—8 chorych. Pokoiki przeznaczone dla klasy 1éj i 2éj są mniejsze, na 1, 2 do 3 łóżek. W rzeczy saméj nie są one w stosunku do ilości chorych mniejsze, ale więcéj miejsca zajmują sprzęty służące dla komfortu, jak sofy, stoły, szafy itd. W salach chorych 3ciéj klasy, które musimy brać za miarę urządzenia całego szpitala, wygoda połączona jest, że tak powiem, nawet ze zbytkiem. W każdéj salce znajdują się karła sprężynowe dla wygody chorych, łóżka żelazne zgrabne, zaopatrzone w materace. Obok każdego łóżka umieszczony jest w ścianie guzik od dzwonka elektrycznego, u ciężko chorych i pod tym względem wygoda jest jeszcze spotęgowaną, bo od guzika

umieszczonego w ścianie idą druty ujęte w rączkę spoczywającą na łóżku chorego, tak iż tenże nie potrzebuje żadnego ruchu wykonać, a nawet i ręki nie wiele potrzebuje ruszyć, aby zadzwonić i przywołać posługacza. Ponieważ wodociągi są urządzone w całym Berlinie, a więc i tu ich nie brak, dla tego też i kąpiele czy to zimne, czy ciepłe, chorzy biorą obok swych łóżek bez wielkiego zachodu. Pomiędzy dwiema salkami w jednym rogu przy wspólnéj ścianie są umieszczone małe komórki, w których się znajdują waterklosety.

Jednêm z niekorzystnych wrażeń, jakie wyniosłem ze szpitali i klinik niemieckich jest to, że mało w ogóle zajmują się środkami nowemi, w innych krajach używanemi. Wprawdzie sprowadzają je niektórzy, ale tylko na okaz i dla ozdoby szafek, nie używają ich zaś wcale, a nawet flaszek i słoików nie odpieczętowują, a o działaniu tych leków i ich użyciu naturalnie nic nie wiedzą. Spotykałem się ze środkami, których w klinice krakowskiéj już od kilku lat używa się i o których skuteczności przekonano się, tu zaś nic o nich nie wiedzą. Zdarzyło mi się nawet spotykać się z lekarzami, którzy jeszcze nawet nie słyszeli o terpentynie cypryjskiéj, choć ta w świecie lekarskim w tym czasie nabrała tyle rozgłosu. *Dr. Ant. Janiszewski.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 47 (do 20 listopada) ospa bardziéj się rozszerzyła w Londynie. Leczyło się w szpitalach 197, umarło 10, świeżo zapadło 99. W Wiedniu umarło 15, w Budapeszcie 11, w Pradze 6, w Wenecyi 8, w Paryżu 15, w Maladze 9, w Rzymie i Madrycie po 21. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 5, w Madrycie 16. Z płonicy umarło w Berlinie 19, w Pradze 8, w Londynie 66. W tygodniu 48 (do 27 listopada) umarło w Krakowie: 2 z płonicy, 6 z błonicy, 1 z krztuśca, 1 z duru brzusznego, 2 z zimnicy, a doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach ospy, 5 odry, 11 płonicy, 2 błonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 47 umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 41,6; we Lwowie 34.3; w Warszawie 19,4; w Poznaniu 29,4; w Wiedniu 21,5; w Budapeszcie 34,9; w Pradze 29,7; w Tryjeście 26,4; w Berlinie 21,7; w Wrocławiu 32,0; w Monachijum 29,6: w Gdańsku 26,1; w Dreźnie 23,3; w Lipsku 22,9; w Genewie 22,1; w Brukseli 22,8; w Amsterdamie 24,8; w Hadze 19,4; w Paryżu 24,6; w Londynie 21,2; w Kopenhadze 19,9; w Stokholmie 30,3; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 35,8; w Odesie 26,9; w Rzymie 29,0; w Wenecyi 25,9; w Bukareszcie 27,8; w Madrycie 30,6; w Barcelonie 24,5; w Aleksandryi 49,5; w Bombayu 29,3; w Madrasie 32,8. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 grudnia. Otrzymaliśmy następujące pismo:

Wydział gospodarczy IIIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zastanawiał się na ostatnich dwóch posiedzeniach (d. 26 listopada i 4 grudnia) nad programem naukowym Zjazdu, a w szczególności obmyśliwał środki, jakby zawczasu zapewnić sobie wykłady, zajmujące szerszą publiczność a przeznaczone na posiedzenia ogólne Zjazdu. Uchwalono także rozesłać zaproszenia na Zjazd do wszystkich, o ile możności, lekarzy i przyrodników polskich.

* *Gazeta Lekarska* znów nas od kilku tygodni nie dochodzi; tymczasem dowiadujemy się z ogłoszeń, że tygodnik ten z d. 1 stycznia 1881 r. przechodzi na własność 23 lekarzy warszawskich, którzy zarazem będą jego współpracownikami. W skład Komitetu redakcyjnego wchodzić będą: Drowie Dunin, Gajkiewicz, Hering, Klink, Kondratowicz, Matlakowski, Nussbaum i Przewóski, wydawcą będzie Kondratowicz, a redaktorem odpowiedzialnym Gajkiewicz.

Przyznajemy, że nie znając dokładnie stósunków warszawskich nie wiemy też, co ma znaczyć nagła ta zmiana dekoracyi, skoro do niedawna zapewniano, że *Gazeta Lekarska* przeszła na własność dotychczasowego redaktora prof. Łuczkiewicza. Uderza nas atoli, że w liczbie członków komitetu redakcyjnego znajdujemy aż 4ch z 7miu dotychczasowych redaktorów *Kroniki Lekarskiéj*, jak niemniéj nazwisko redaktora *Pamiętnika T. L. W.* Co znaczy ta *permutatio rerum?*

* **Wiedeń.** Komitet wyznaczony przez Wydział lekarski celem proponowania następcy po prof. Hebrze przedstawił prof. Kaposiego; gdy jednak wniosek ten odrzucony został 11 głosami przeciw 10, wybrano nowy komitet w skład którego wchodzą proff. Duchek, Wedl i Zeissl.

Do proponowania nastepcy po prof. Dumreicherze wyznaczony został komitet, w skład którego wchodzą proff. Billroth, Dittel, Hofmann, Späth i Stellwag. Komitet przedstawi trzech kandydatów, a mianowicie 2 uczniów Billrotha: Czernego i Gussenbauera, oraz prof. Alberta, ucznia Dumreichera.

* Medal wybity z polecenia Kolegijum doktorskiego we Wiedniu na cześć Hyrtla, a którego trzy okazy (złoty, srebrny i brązowy) Jubilatowi wręczono, przedstawia po jednéj stronie popiersie Hyrtla z orderem korony żelaznéj, oraz gwiazdą szwedzką i turecką i z napisem: „*Josephi Hyrtl septuagenarii,*“ po stronie odwrotnéj zaś wśród wieńca w połowie z liści dębowych, a w połowie z wawrzynów znajduje się napis: „*Diem natalem pie grateque celebrans Collegium Medicinae* „*Doctorum Vienense VI Idus Decembre MDCCCLXXX.*“

* Na Wydział lek. w Gryfii uczęszcza w półroczu bieżącêm uczniów 282.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Arnold w Heidelbergu otrzymał tytuł radcy dworu. — Lekarz jeneralny sztabu Dr. Roth w Dreźnie mianowany został honorowym zwyczajnym prof. higijeny w politechnice tameczn éj i otrzymał order korony pruskiéj 2giéj kl. — Prof. Hyrtl otrzymał order św. Stanisława 2giéj kl. i krzyż komturowy 1széj kl. orderu Wazów.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 50: Sokołowskiego: O nieżytach oskrzelowych wikłających suchoty płucne.

Sprostowanie W Nrze 50, na str. 645, szpalcie 1széj zamiast „chlorku potasu“ powinno być: chloran potasowy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 12228.

Ogłoszenie Konkursu.

Celem obsadzenia posady c. k. lekarza powiatowego II. klasy w X randze i c. k. koncepisty sanitarnego w téj saméj klasie i randze z przydzieleniem do służby powiatowéj, a względnie posady asystenta sanitarnego z systemizowanemi dla tych posad poborami, rozpisuje się niniejszém konkurs do 25 Grudnia rb.

Ubiegający się o jednę z tych posad winni wnieść swe podania, zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne wymagane ustawą z dnia 21 Marca 1873 dz. u. p. l. 37, niemniéj dowody znajomości języków krajowych w powyższym terminie konkursowym, do Prezydyjum c. k. Namiestnictwa, a mianowicie kompetenci zostający już w służbie państwowéj w przepisanéj drodze służbowéj, inni zaś przez dotyczące c. k. Starostwo, we Lwowie i w Krakowie wreszcie przez c. k. dyrekcyję policyi.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

Lwów 10 Grudnia 1880.

GAZETA LEKARSKA

Rok 1881.

Z dniem 1go Stycznia 1881 roku *Gazeta Lekarska* przechodzi na własność następujących lekarzy, którzy zarazem będą jéj stałymi współpracownikami: Anders L., Anders T., Chrostowski Br., Dunin T., Elsenberg A., Gajkiewicz Wł., Grosztern W., Hering T., Jasiński R., Jawdyński Fr., Klink E., Kondratowicz St., Korniłowicz E., Kramsztyk Z., Kwietniewski St., Matlakowski Wł., Modrzejewski E., Nencki L., Nussbaum H., Pawiński J., Peszke J., Przewoski E., Sokołowski A., Zera T.

Komitet redakcyjny stanowić będą: Dunin Teodor. Gajkiewicz Władysław, Hering Teodor, Klink Edward, Kondratowicz Stanisław, Matlakowski Władysław, Nussbaum Henryk, Przewoski Edward.

Redaktorem odpowiedzialnym będzie **Dr. Gajkiewicz Władysław**, wydawcą **Dr. Kondratowicz Stanisław.**

Warunki prenumeraty pozostają te same.

Adres Redaktora: Warszawa Marszałkowska 45.

Adres Wydawcy: Warszawa Marszałkowska 49.

Uprasza się o wczesne nadsyłanie prenumeraty i dokładnych adresów, w celu uniknienia zwłoki w odbiorze pisma.

Szczegółowy prospekt tyczący się kierunku i naukowéj strony pisma, niebawem ogłoszonym zostanie.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co Sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 25 grudnia 1880. № 52. Rok XIX.

TREŚĆ: I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9). GLUZIŃSKI. IV. Choroby układu nerwowego. — II. Ze szpitala powszechnego w Rzeszowie. JABŁOŃSKI. Mięsak opony twardéj, operacyja, wyzdrowienie. — III. *Oceny i sprawozdania*: SCHNITZLER. — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Posiedzenie Tow. lek. krak. — V. *Odcinek*: BLUMENSTOK. Hyrtl septuagenarius. — List ze Lwowa. — JANISZEWSKI. Listy z Berlina. IV. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. — VII. *Wiadomości bieżące*.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1881 **rok dwudziesty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi; honoraryjum co kwartał obliczane Administracyja Przeglądu Lek. i w roku przyszłym wypłacać będzie szan. współpracownikom punktualnie.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii:
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego. 1874/5 do roku szkolnego 1878/9).

IV.
Choroby układu nerwowego.
A. Nerwice obwodowe.

Opracował Dr. Wł. Gluziński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 51).

Według częstości pojawiania się tworzyły one następujący szereg: hysteryja (66 przyp.), hypochondryja (54przyp.) padaczka (34 przyp.), choroby umysłowe (27 przyp.), pląsawica (11 przyp.), rozmaite postacie drżenia (5 przyp.), wreszcie zawrót głowy, tężec i tetania (po 1 przyp.).

Macinnica zajmowała wprawdzie niepoślednie miejsce co do częstości między chorobami nerwowemi, jednakże liczba przypadków w klinice stałéj leczonych (10 przyp.) jest za szczupłą, by na niéj opierać jakiekolwiek wnioski ogólne. Największa liczba chorych znajdowała się między 25—35 r. życia, a podstawą choroby były najczęściéj długotrwała blednica i zmiany w macicy; w odosobnionych tylko przypadkach jako przyczyny choroby występowały: dziedziczność, nieżyt przewlekły jelit, zapalenie około-jajnikowe z utrudnieniem miesiączkowania i nadużywanie napojów wyskokowych. Wszystkie w tym czasie obserwowane przypadki nie przedstawiały nic osobliwego, i ani w przybliżeniu nie dadzą się porównać z owemi ciekawemi postaciami klinicznemi macinnicy, które w ostatnich czasach opisują Charcot i jego uczniowie. Z pośród 10 przyp. w czterech przydarzały się napady macinnicze i padaczkowe; były to przypadki, gdzie istniał ból jajnikowy i gdzie ucisk wywarty w głąb zatoki biodrowéj wywoływał stale napady kurczowe. Porażenie odnóg dolnych z chwilowo występującém sztywnieniem tychże, jednakże bez wygórowanéj odruchliwości ścięgien, stwierdzono u kobiety niezamężnéj, lat 35 liczącéj; porażenie zaś połowicze czucia i ruchu po stronie lewéj pojawiało się przemijająco po każdym napadzie u dziewczyny lat 21 liczącéj, u któréj istniało przewlekłe zapalenie okołojajnikowe. Omamy wzrokowe i słuchowe napotkano u dwóch chorych. Zmiany odżywcze w stawach kolanowych w postaci lżejszego obrzmienia i nierówności powierzchni stawowych znaleziono u choréj z porażeniem odnóg dolnych. Zboczenia naczynioruchowe w postaci rumienia (*erythema*) na bardzo znacznéj przestrzeni występowały dość często u choréj z przodozagięciem macicy, która obok rozlicznych innych przypadłości skarżyła się na ciągłe uczucie gorąca w brzuchu; ciepłota w podbrzuszu była istotnie o 0,5°—0,6° wyższą aniżeli pod pachami.

Jedyny przypadek „*hysteria virilis*“, jaki w tym czasie

leczono, jest dosyć zajmujący, dla tego opiszemy go nieco obszerniéj.

W. B., lat 16, uczeń gimnazyjalny, pochodzi od rodziców zdrowych. W dziecięctwie cierpiał na częste krwotoki nosowe, które tak co do ilości jako téż częstości powiększyły się w maju 1874 po spadnięciu z trapezu przy wykonywaniu ćwiczeń gimnastycznych. W sierpniu 1874 r., po odbyciu dalszéj wycieczki pieszo w dzień skwarny, popadł w jakąś chorobę gorączkową 3 tygodnie trwającą, któréj bliżéj opisać nie umie, a wśród któréj doznawać miał bólu głowy i bólu w lewym boku. Przed obecną chorobą chory cieszył się zupełnem zdrowiem. Obecna choroba miała się rozpocząć nagle, około 12 listopada 1874 r., bez wiadoméj przyczyny, od bólu głowy, któremu miała towarzyszyć gorączka; wkrótce potém miało wystąpić porażenie odnóg tak górnych jakotéż dolnych i opadnięcie powiek wraz z upośledzeniem przytomności i utrudnieniem oddawania moczu i stolca. Stan ten miał się polepszyć po kilku tygodniach, przytomność miała wrócić, jednakże pozostał światłowstręt i zupełne porażenie odnóg, tak że chory cały rok zupełnie nieruchomo przeleżał w łóżku, nie mogąc dla światłowstrętu ani chwilę otworzyć ócz. Przez ten cały czas nie mogąc połykać pokarmów stałych odżywiał się jedynie tylko mlekiem, a stolce miewał tylko po użyciu środków przeczyszczających lub lewatyw. Z namowy Dra Gawlika z Suchéj przywieziono chorego do kliniki w dniu 10 listopada 1875 r. Dopiero po kilkotygodniowym pobycie w klinice przyznał się chory, że od 2 lat oddaje się nałogowo samogwałtowi po 4—6 razy dziennie.

Badanie przedmiotowe wykazało ogólne wychudnienie znaczniejszego stopnia, mierne powiększenie śledziony, wypełnienie jelit grubych kałem, i nieżyt przewlekły gardła mniejszego stopnia. Podmiotowo użalał się chory na ból głowy, duszność, kłucie w kl. piersiowéj po stronie lewéj, ból w całym stosie pacierzowym, szum, pisk i „gruchotanie“ w uszach, zupełny brak apetytu, uczucie gorąca w brzuchu, ból ponad spojeniem łonowém, zawrót głowy przy podnoszeniu i kłucie w lewym barku, w lewym dołku podkolanowym i w okolicy kłykcia wewnętrznego goleni prawéj. Mocz odchodził słabym prądem, przy czém chory mocno się musiał nadymać. Stolec oddawał tylko za pomoca lewatyw. Z pokarmów spożywać chciał tylko bulijon z jajem, kleik i kompot, a to z powodu obawy „zaszkodzenia sobie innemi pokarmami“ a do mleka, które przez cały rok miało być jego wyłącznym pokarmem, czuł wstręt nieprzezwyciężony. Znaglony do jedzenia potraw stałych, połykał takowe z łatwością. Moszna wiotkie, obwisłe; jądra wiotkie, prawe mniejsze od lewego, a przy łechtaniu wewnętrznéj powierzchni ud obydwa jądra podskakują wyraźnie (*orchichorea*, *Hodentanz*). Prącie dosyć duże; żołądź odsłonięta z napletka, jest sina, a w rowku żołędziowym znajdują się mocno powiększone gruczoły łojowe.

Szczyt głowy przy ucisku bolesny. Ócz chory wcale nie otwiera dobrowolnie i owszem mięśnie obrączkowe i m. *corrugator supercilii* są stale mocno skurczone. Przy rozwieraniu bierném powiek napotyka się na znaczny opór, a chory żali się, że go światło bardzo mocno razi. Nawet w nocy ciemnéj swobodnie nie może rozewrzeć powiek. Obiedwie źrenice miernie zwężone kurczą się mocno przy zadziałaniu światła. Fałd nosopoliczkowy lewy jest płytszy, a ruchy lewéj połowy twarzy są nieco mniéj wydatne, aniżeli prawéj.

Oddech jest nieregularny; ruchy oddechowe stają się coraz częstsze a płytsze, wśród tego klatka piersiowa coraz mniéj się porusza, a pozostaje tylko ruch przepony; po kilku minutach nastaje przerwa zupełna w ruchach oddechowych trwająca kilkanaście sekund, poczém pojawiają się wdechy coraz głębsze zrazu przeponowe, późniéj przeponowo obojczykowe, a cały napad — wśród którego chory jest całkiem przytomny i na większą duszność wcale się nie użala — zakończa się bardzo głębokim wdechem, przy którym prawa połowa klatki piersiowéj więcéj się porusza aniżeli lewa. Przestwory międzyżebrowe po stronie lewéj są przy ucisku bardzo bolesne od góry aż do 5go przestworu, po stronie prawéj bolesność jest mniejsza.

Stos pacierzowy przy ucisku bardzo bolesny, przy ruchach biernych nie ma bólu. Stężenia w stosie pacierzowym nigdzie stwierdzić nie można. Chory wcale nie może się podnieść, a tém mniéj usiąść. Ruchy głowy są także utrudnione.

Na odnogach górnych nie ma wcale przeczulicy, istnieje ona jednak w znacznym stopniu na odnogach dolnych. W ogóle czucie dotykowe, czucie ucisku, czucie elektryczne i lokalizacyja czucia są wszędzie utrzymane, a zakresy odrębnego czucia dwóch wrażeń są wszędzie prawidłowe. Odleżyny nie ma.

Ruchy odnóg tak górnych jakotéż dolnych bardzo niedołężne: chory nie może wcale stać o własnych siłach, a nogi i ręce jest w stanie podnieść zaledwie kilka cali od pościeli. Z wyjątkiem stawów nadgarstkowych, w których ruchy są całkiem swobodne, we wszystkich innych stawach odnóg, tak górnych jakotéż dolnych, ruchy są bardzo upośledzone, a co szczególniejsza, że mięśnie kurczą się nie na raz lecz w odstępach i że zginanie jest nieco łatwiejsze aniżeli wyprostowywanie. Kurczliwość elektryczna na prąd indukcyjny w mięśniach twarzy, szyi, piersiowych większych, deltowych i dwugłowych ramienia, wreszcie w mięśniach brzusznych (które to ostatnie przy obmacywaniu brzucha okazywały wygórowaną pobudliwość) była prawidłową, w innych mięśniach miernie upośledzoną. Zboczeń w koordynacyi nie było żadnych. Odruchowość skórna, mięśniowa i ścięgnista wygórowane.

Leczenie polegało na podawaniu pokarmów pożywnych, żelaza z chininem i lewatyw lejkiem Hegara, obok odpowiedniego leczenia umysłowego.

Przebieg dalszy choroby w tym ze wszech miar zajmującym przypadku da się streścić w sposób następujący:

W początkach chory w obecności lekarzy mówił głosem cichym, płaczliwym i całém zachowaniem swojém starał się wzbudzać litość otaczających, w obec innych chorych mówił głośniéj. Do użycia pokarmów stałych nie dał się w żaden sposób namówić. Przy oddawaniu moczu nasilał się, a stolec miewał tylko po użyciu lejka Hegara. Dla światłowstrętu, jak mawiał, pomimo ciągłego zamknięcia powiek zawiązywać sobie kazał oczy chustką. Poddany najściślejszéj kontroli sam dobrowolnie położenia nigdy nie zmieniał, lecz położony na jeden lub drugi bok lub wznak pozostawał w téj pozycyi dopóki mu téjże nie zmieniono. W nocy często nie sypiał. Po galwanizowaniu uczuwać miał częstokroć „gorąco w stosie pacierzowym i jakieś wewnętrzne wstrząsanie.“

Pierwsze oznaki polepszenia pojawiły się w dniu 27/11 (po 17 dniach pobytu w klinice) w postaci nieco większéj swobody w ruchach odnóg górnych. W dniu 7/12 chory po raz pierwszy od tak dawna zażądał kawałka pieczeni i zjadł takową z apetytem. W dniu 16/12 pozwolił, by mu zdjęto chustkę z ócz, a włożono dymne okulary. Z końcem

stycznia 1876 zmieniono leczenie, a mianowicie używano codziennie lejka Hegara z dodatkiem 0,7 wyciągu sporyszu, kąpieli letnich ze zlewaniami stosu pacierzowego wodą 18°C, a zamiast prądu galwanicznego stosowano prąd indykcyjny na mięśnie grzbietu i odnóg. Przy tém leczeniu chory po raz pierwszy od tak długiego czasu począł oddawać stolce wolniejsze, jelita wypróżniały się należycie, mocz odchodził łatwo, ruchy w odnogach dolnych stawały się wydatniejsze, światłowstręt mniejszy, a kurczliwość elektryczna mięśni odnóg lepsza aniżeli z początku.

W dniu 3/3 zanotowano: Umysł zupełnie swobodny, zachowanie się chorego naturalniejsze, odżywienie znacznie lepsze, apetyt dobry, stolce odchodzą bez pomocy. Chory otwiera oczy, jednakże chroni się od zbytniego światła za pomocą okularów dymnych. Odnogi dolne nie źle podnosi; górnemi włada zupełnie dobrze. Usiąść sam jeszcze nie może, a posadzony na łóżku jeszcze z trudnością w tém położeniu utrzymać się może, lubo i pod tym względem postęp jest widoczny. W dniu 15/3 zdjęto choremu okulary, gdyż światłowstręt zupełnie ustąpił. Twarz rumiana. Podściółka tłuszczowa jędrna. Ciężar ciała od czasu przybycia do kliniki zwiększył się o 7 kilogr. Przeczulica na odnogach dolnych ustąpiła. Odnogi dolne podnosi z łatwością w górę, jednakże po kilku takich ruchach występuje jeszcze drżenie mięśniowe. Chory siedzi dość dobrze o własnych siłach. Oddech zupełnie prawidłowy. Apetyt doskonały. Chory kilka godzin dziennie czyta i z upodobaniem pisze.

W dniu 29/3 zaczęto chorego oprowadzać po sali, przy czém spostrzeżono, że ruchy nóg są jeszcze bardzo niedołężne i że nogi bardzo rychło się męczą. Przy częstych próbach chodzenia ruchy poprawiały się coraz bardziéj, tak że w początkach maja chory chodził już dość dobrze przy pomocy osoby drugiéj, w połowie zaś maja chodził dobrze o własnych siłach i nie okazując już najmniejszego śladu dawniejszych przypadłości opuścił klinikę.

O późniejszym stanie chorego poucza najlepiéj wyjątek z listu pisanego dnia 6/4 1880 przez Dra Gawlika do prof. Korczyńskiego: „W. B. ma być całkiem zdrów. Pełni obowiązki nauczyciela przy szkole miejskiéj w .... Przed półtora rokiem spotykałem go często w ....., gdzie zastępował nauczyciela przy szkole ludowéj; wyglądał wówczas dobrze, a zmężniał tak, że przy pierwszém spotkaniu zaledwie go poznałem. Na dowód jego zdrowia przytaczam i tę okoliczność, że we wszystkich zgromadzeniach nauczycielskich bierze żywy udział ....“

Hypochondryję dostrzeżono u 51 męż. i u 3 kob., najczęściéj między 20—40 r. życia i to w przeważnéj liczbie na tle zboczeń w narządzie trawienia, rzadziéj zboczeń w częściach płciowych. U wieśniaków dosyć często znajdowano urojenie, że w żołądku ich gnieżdżą się węże, żaby lub glisty.

Padaczka (*Epilepsia*) była przedmiotem leczenia przeważnie w klinice ruchoméj u chorych najczęściéj między 15—20 r. Tylko 1 przyp. zasługuje na obszerniejszą wzmiankę.

J. J., lat 46, szewc z Głogowa. Pochodzi z rodziców zdrowych. Nigdy przedtém nie chorował; napojów wyskokowych nigdy nie nadużywał. Pierwszy napad padaczkowy pojawił się przed 8 laty, drugi w rok późniéj. Odtąd napady nastawały coraz częściéj, dochodząc niekiedy do 2 dziennie. W ostatnim roku doznaje ciągłego szumu i pukania w głowie, które niekiedy bywa tak silne, że choremu żadną miarą zasnąć nie da. W ostatnich czasach napady padaczkowe poprzedzane bywają biciem serca, ćmieniem przed oczyma i uczuciem powiewu wiatru od odnóg ku głowie. Od kilku tygodni doznaje trzęsienia rąk nieraz tak znacznego, że łyżki do ust donieść nie może. Przyjęty 8 czerwca do kliniki wyszedł 14 lipca 1876.

Badanie wykazało: Wzrost średni, odżywienie dobre, twarz zaczerwieniona, źrenice obiedwie jednakowo miernie rozszerzone. Z wyjątkiem trzęsienia się rąk, miernego przerostu lewéj komórki serca i nieco większego napięcia tętnic sprychowych nie ma żadnych zboczeń ani przedmiotowych ani czynnościowych. Za to na szyi i głowie napotkano co następuje: Obiedwie tętnice dogłowowe szerokie, napięte, tętnią mocno; nad niemi dwa tony czyste, dźwięczne, pierwszy już przy miernym ucisku słuchawką zamienia się na szmer. Żyły szyjne zewnętrzne miernie rozszerzone; nad wewnętrznemi buczenie. Tętnice skroniowe i tyłogłowowe po obudwóch stronach, a przeważnie stronie prawéj, mocno rozszerzone, twarde, w rozgałęzieniach swoich mocno wężykowate, a rozgałęzienia te w licznych miejscach po stronie prawéj ze sobą anastomozują. Tętnice te przy dotyku nie okazują drżenia tylko zwykłe tętnienie, a grubsze gałęzie przy osłuchiwaniu wydają ton skurczowy, który przy ucisku słuchawką zmienia się w szmer. Na szczycie głowy po stronie prawéj znajduje się tętniak wielkości sporego orzecha, który przy osłuchiwaniu wydaje szmer skurczowy. Tętnienie jego zmniejsza się przy ucisku z osobna tętnicy skroniowéj, i potylicowéj prawéj, a w większym stopniu słabnie, lecz zupełnie nie znika, gdy się naraz uciśnie obiedwie tętnice. Wszędzie na czaszce nawet w miejscach oddalonych od rozdętych naczyń, najwyraźniéj jednak w okolicy czołowéj prawéj, tak przy osłuchiwaniu pośredniém jakoteż bezpośredniém, słychać szmer skurczowy niższy od szmeru skurczowego nad tętniakiem, który z tych powodów uważano jako szmer śródczaszkowy. Tętniak spostrzegł chory przed 8 laty wkrótce po pierwszym napadzie padaczki. Załączona rycina przedstawia obraz zdjęty z tętniaka za pomocą sfigmografu przy tętnie 78. W ciągu



5cio tygodniowego pobytu tylko raz jeden stwierdzono wyraźny napad padaczkowy, przeszło kwadrans trwający, z zupełném zniesieniem przytomności i ogólnemi kurczami; a drugi raz napad niezupełny około 3 minut trwający, wśród którego przytomność była utrzymana i tylko nieznaczne pojawiły się drgawki; w dniach obydwu napadów tętnice na głowie były mocniéj rozszerzone i mocno tętniały. Chory skarżył się na ciągły szum i pukanie w głowie, raz mniejsze, drugi raz większe, a co szczególniejsze, że w czasie, gdy bez żadnéj widocznéj przyczyny zewnętrznéj tętnice więcéj się rozszerzały, a tętniak mocniéj tętnił, chory doznawał większego szumu i pukania.

Leczenie polegało na podawaniu bromku potasu, na galwanizowaniu nerwu współczulnego i wstrzykiwaniach podskórnych w głowę wyciągu sporyszu; skutku jednak nie dostrzeżono.

W przypadku tym, przy braku wszelkich innych przyczyn tak dla napadów padaczkowych, jakoteż dla tętniakowego rozszerzenia naczyń na czaszce (*aneurysma cirsoideum*) z koniecznością wypada przypuścić porażenie nerwów naczynioruchowych, a jako punkt wyjścia dla ogólnéj nerwicy i dla zmian w naczyniach rozpoznać zmianę chorobową w nerwie spółczulnym, a to tém bardziéj, że szmer śródczaszkowy zdawał się odpowiadać rozszerzeniu także naczyń śródczaszkowych. Gdyby istotnie tak było, przypadek nasz pod względem podstaw anatomicznych byłby znakomitém potwierdzeniem spostrzeżeń Echeverrii co do nerwu spółczulnego, i spostrzeżeń Schrödera i L. Meyera (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr. III.*) co do rozszerzenia małych tętniczek i naczyń włosowatych w mózgu, zaś co do etyjologii mógłby rozjaśnić kwestyję zachowania się naczyń śródczaszkowych w czasie napadu epileptycznego.

Choroby umysłowe były przedmiotem diagnozy w ambulatoryjum; leczenia takowych nie podejmowano się. Z pląsawicą zgłosiło się 5 mężczyzn i 6 kobiet; dwa

razy miała powstać choroba skutkiem przestrachu. **Drżenie** w 4 przypadkach było objawem przewlekłego zakażenia wyskokowego, w 1 przypadku było objawem *paralysis agitans*. **Zawrót głowy** (*Vertigo*) w 1 przypadku był przypadem przewlekłego zapalenia ucha środkowego. **Z tężcem** (*Tetanus*), skutkiem przeziębienia powstałym, zgłosił się w październiku 1876 chłopiec 10 letni; dalszy przebieg choroby jest nieznany. Przypadek *Tetanii* dla rzadkości téj choroby w ogóle opiszemy obszerniéj:

Izrael E., lat 10 liczący, przed 3 laty miał chorować na glisty. Obecna choroba rozpoczęła się przed pół rokiem napadowo występującém kurczowém zginaniem palców u rąk, na które nie zwracano wcale uwagi, gdyż nie przypisywano temu objawowi żadnego znaczenia. W kilka tygodni późniéj spostrzeżono chwilowe zrywania głowy raz ku jednéj, drugi raz ku drugiéj stronie. Na 6 tygodni przed przybyciem do kliniki miał się czasami pojawić kurcz głośni i gardziela. W ostatnich trzech tygodniach poczęły się pojawiać napady kurczowe w odnogach, tak górnych jako też dolnych, co skłoniło rodziców do oddania chorego do kliniki, gdzie w dniu 18/10 przyjęty i zkąd w dniu 21/10 1876 r. napowrót do domu zabranym został.

Napady kurczowe pojawiły się tylko w pierwszym dniu obserwacyi klinicznéj w liczbie trzech, z których każdy trwał około 15 minut. Wszystkie napady były sobie równe, głowa mocno ku dołowi obniżona, tak że podbródek opierał się o klatkę piersiową, odnogi górne w stawie łokciowym zgięte przylegały mocno do tułowia, a ręce wraz z palcami szuflowato ułożonemi skrzyżowane były na klatce piersiowéj; stos pacierzowy kabłąkowato wygięty, mięśnie brzuszne skurczone, odnogi dolne w stawach kolanowych zgięte i mocno do brzucha przyciągnięte. Wśród tego chory nie traci wcale przytomności i przeraźliwym krzykiem znamionuje ból, jakiego doznaje w stosie pacierzowym i w skurczonych odnogach. Ruchy dowolne są zupełnie zniesione, przy usiłowaném wyprostowaniu części skurczonych napotyka się znaczny opór, a przy każdym takim zabiegu skarży się chory na bardzo silny ból. Wśród tego tętno nie przyspiesza się, źrenice zachowują się prawidłowo i tylko na palcach u nóg wyśledzić można przeczulicę skórną. Po upływie 15 minut pojawiały się za każdym razem kilkakrotne mimowolne, gwałtowne rzucania rękami i nogami, którym towarzyszyło mimowolne kilkakrotne zwracanie głowy na jedną i drugą stronę. W przerwach między napadami, jak niemniéj w następnych dniach obserwacyi, w całém zachowaniu chorego nie spostrzeżono nic nieprawidłowego; wszystkie ruchy były swobodne a czucie prawidłowe, pobudliwość mięśniowa na prąd indukcyjny należyta a co ważniejsza, **że uciskanie pni tętniczych i nerwowych nie wywoływało napadu kurczów w odnośnych odnogach**. (Objaw ten uważa **Trosseau** jako najważniejszy objaw rozpoznawczy tetanii).

II. Ze szpitala powszechnego w Rzeszowie.

Mięsak opony twardéj, operacyja, wyzdrowienie.

Podał prymaryjusz **Dr. Stanisław Jabłoński.**

Mimo, że sam nie jestem zwolennikiem rozpisywania się o przypadkach z praktyki, niniejszy jednak podaję do wiadomości kolegów, raz dla jego wartości kazuistycznéj a powtóre dla szczęśliwego wyniku, który, mojém zdaniem, tylko opatrunkowi przeciwgnilnemu zawdzięczyć wypada.

Dnia 26 stycznia r. b. przyszła do szpitala Maryja Kisała, gospodyni z Kroczkowy, prosząc o poradę lekarską. Kobieta lat 32 dobrze zbudowana i odżywiona, żadnych poprzednio nie przebyła chorób, żadnéj téż nie okazuje wady przy badaniu. Przed półrokiem została uderzoną w czoło bokiem rogu rozjuszonego buchaja, tak że upadła i dwa tygodnie bez porady lekarskiéj przeleżała, od tego czasu cierpi ciągle na nadzwyczaj silne bóle głowy, które w ostatnich czasach tak wzrosły, że bądź co bądź pozbyć się ich postanawia; nadto od 3ch miesięcy spostrzegła, że się jéj guz nad czołem zrobił, który stopniowo rośnie. Badanie przedmiotowe wykazuje: nad prawą połową czoła rozlany guz wielkości pięści człowieka dorosłego, ze skórą nad nim zachowaną, połyskującą, przesuwać sie niedającą, przy ucisku guz się nie zmniejsza, przypadów ucisku mózgowego nie wywołuje, za pomocą słuchawki nie wykrywa się właściwego tętniakom szmeru, boki guza przy podstawie nigdzie trzeszczenia pergaminowego nie wydają, źrenice prawidłowe

Rozpoznałem „ropień zimny“ i przystąpiłem do otwarcia. W tym celu przeciąłem ropień przez całą jego szerokość, ale zamiast ropy zaczęła się wylewać ciemna żylna krew, a guz objętości swojéj nie zmieniał. Przekonałem się, że guz jest zbitości mięsistéj, jednostajnéj, sino-czerwony, do skóry nieprzyczepiony. Po opatrzeniu guza jutą karbolową i obłożeniu lodem krwawienie ustało. Na drugi dzień, z pomocą kolegów Dra Drobnera i Niesiołowskiego, przystąpiłem do odjęcia guza, w przekonaniu, że mam przed sobą mięsaka, początek od kości czołowéj biorącego, albowiem przy ucisku ani objętość guza się nie zmieniała, ani żadnych przypadów ucisku mózgowego chora nie doznawała.

W tym celu od końców cięcia poprzedniego przez szerokość guza poprowadziłem z każdéj strony dwa cięcia pod kątem prostym, tak, że skóra odłożona przedstawiała kształt z obu stron roztworzonéj okiennicy. Po odłożeniu płatów skórnych, z któremi razem mięsień czołowy, jakoteż część okrężnego powiek zabrałem (tętnica nadoczodołowa dała się zakręcić), okazało się, że guz jest pokryty powięzią czaszkową przeciętą przez pierwsze cięcie. Po zdjęciu téjże w niektórych miejscach wraz z przyrośniętym do niéj nowotworem przekonaliśmy się, że guz ma kształt czapki grzyba, którą każdego z nas trzech palec pod spodem mógł obejść, i czuliśmy że guz ten przez dziurę w kości, któréj brzegi nierówne wymacaliśmy, drążył w głąb szypułką szerokości mniéj więcéj czterocentówki. Po krótkiem wahaniu, co daléj robić, czapkę nowotworu naokoło obciąłem, gdy równocześnie kolega Niesiołowski dla powstrzymania krwawienia watą karbolową ranę uciskał. Przez to nowotwór zmalał do wielkości swéj szypułki. Wszyscy trzej wyraźnie widzieliśmy współczesne z wydechem podnoszenie się nowotworu. Następnie, o ile się dało, obrównałem brzegi kości nożem soczewkowatym i mogłem nowotór u podstawy szeroki jak otwór w czaszce wyłuszczyć od soczystéj tkanki łącznéj; opony twardéj mózgu nigdzie nie przeciąłem. Po usunięciu nowotworu widzieliśmy najwyraźniejsze, współczesne z wydechem falowania; aby o ile można nie tamować odpływu z rany, odjąłem płaty skórne w znacznéj części, ranę ściśle podług Listera opatrzyłem. Operacyja cała pod sprayem była robiona. Chora w początku operacyi była chloroformowaną, od chwili jednak gdy się przekonałem, że nowotwór sięga w głąb czaszki, usypiania zaprzestałem, mimo to chora przez

przeszło sześć godzin pogrążona była w śnie głębokim, chwilami mruczeniem przerywanym. Po sześciu dniach lód odjąłem, przypadów mózgowych nie było żadnych, a ciepłota ciała przez cały ciąg leczenia nie wzniosła się ponad 38,7°. Po dniach szesnastu, przy siódmém opatrywaniu rany spostrzegłem, że od opony twardéj powstaje ziarnina, która po 14 dniach dziurę w kości w kształcie czopa do połowy wypełniła.

W tym stanie chora na usilne własne żądanie wypuszczoną została. Poleciliśmy jéj pędzelkować ziarninę co trzy dni nastojem jodowym, a zwykły opatrunek watą karbolową w domu sobie robiła. Od tego czasu straciłem ją z oczów, dopiero dnia 2 listopada przyszła mi podziękować, wygląda kwitnąco, wszystkie zatrudnienia wieśniaczki wypełnia, bólów głowy nie ma żadnych. Stan obecny miejsca operowanego jest następujący: W miejscu odpowiedniém guzowi czołowemu prawemu zagłębienie różowawą blizną pokryte, którego głębokość wynosi 1 cm. 2 mm., największa długość 3 cm. 6 mm. (kierunek poprzeczny czoła) a największa szerokość 2 cm. 3 mm. Brzeg kości pokryty daje się naokoło całego zagłębienia wymacać. Przy miernym ucisku (bo chora silniéj przycisnąć nie pozwala), przypadów żadnych mózgowych nie ma, falowania nie widać, bóle głowy zupełnie ustały; źrenice prawidłowe. Chora nie ma słów dla wyrażenia swéj wdzięczności, a na najbliższe zebranie naszéj sekcyi Tow. lek. gal. obiecała przyjechać.

Że u choréj zapalenie opon mózgowych nie nastąpiło, tłumaczę w ten sposób, że mała tylko część opony twardéj była odsłoniętą, albowiem w miejscu nowotworu opona twarda przebyła ograniczone zapalenie, którego skutki odgraniczyły od całéj opony miejsce, gdzie był nowotwór. Po odsłonięciu opony twardéj zobaczyliśmy w miejscu, z którego odchodził nowotwór, wyraźne zagłębienie mózgu, tak że w tém miejscu opona twarda przebiegała nie jak zawsze wypukło, sklepisto, tylko siodełkowato, podobnie na przykład do wgłębienia siodła tureckiego w kości klinowéj, tylko wgłębienie było o brzegach nie jak w siodle tureckiém ściętych, lecz falisto łagodnie się nachylających. Jakie zmiany mózg przeszedł, nim przyszło do tego zagłębienia, trudno było sobie przedstawić, a po rozwadze przyszedłem do wniosku, że albo część mózgu, narażona na ucisk nowotworu, przebyła zanik podobny temu, jaki w całości mózg przy zaniku starczym przechodzi, a więc zmniejszenie objętości w téj części na ugniot narażonéj było możebne, albo mózg w miejscu ugniecioném przebył ogniskowe zapalenie, którego wynik (żółte zmiękczenie?) przy nieustawaniu przyczyny ugniotu został wessanym i zmniejszenie objętości mózgu, a tem samém i jego wklęśnięcie, stało się możebném. W pierwszym i drugim przypadku opona twarda chociaż obnażona mniéj może drażniąco działa na mózg pod nią chorobowo zmieniony, niżby działała na zdrową jego tkaninę.

Przy leczeniu choréj dwa popełniłem błędy: pierwszy, że na razie cały guz wziąłem za zimny ropień, powtóre, że już po przekonaniu się, że to jest mięsak, sądziłem, że tenże od kości a nie opony twardéj wychodzi. Jeżeli pierwszy błąd dałby się uniknąć, to zdaje mi się błąd drugi i wytrawnemu badaczowi mógłby się wydarzyć. Brak przypadów mózgowych przy ugniataniu nowotworu tłumaczę tém, że przy grzybowatym kształcie guza ucisk nie na mózg, tylko na kości czaszki się rozdzielał.

Z przypadku opisanego odniosłem naukę: 1) że nie zawsze i przy najdokładniejszém badaniu oznaczyć można, czy narośle na czaszce są lub nie są w połączeniu z wnętrzem czaszki, że więc z stanowczém zdaniem bardzo trzeba być ostrożnym; 2) że odkąd władamy opatrunkiem Listera operacyje oponę twardą odsłaniające nie są tak niebezpieczne, a nawet bez silnego natężenia ciepłoty mogą się goić.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Schnitzler: Pierwsza operacyja śródkrtaniowa w narkozie.

Schnitzler wyjął w lipcu br. endolaryngealnie polipa z krtani po poprzedniém uśpieniu chorego eterem a ponieważ jest to pierwsza operacyja śródkrtaniowa w narkozie, nie od rzeczy będzie przytoczyć w krótkości dotyczący przypadek:

Chłopiec 8-letni cierpi według podania rodziców od pierwszéj młodości bardzo często na „krup"; w ostatnich miesiącach napady duszności połączone z szorstkim szczekającym kaszlem powtarzają się coraz częściéj, z tych ostatni przed ośmiu dniami miał być bardzo gwałtownym i grozić zaduszeniem. Wielu lekarzy leczyło go bezskutecznie, rozpoznawano różne choroby, ale dziwna rzecz, żaden z nich nie zajrzał do krtani, aby zobaczyć źródło cierpienia w postaci polipa około 10 milim. długiego a 5 mm. szerokiego i głośnię zakrywającego, który wychodził po części z lewego więzadła fałszywego i kieszonki Morgagniego, a po części z przedniego kąta głośni, był przeto wieloszypułkowym, ruchomym i stósownie do ułożenia swego różne wywoływał objawy. I tak był przyczyną chrypki, bo leżał na więzadłach głosowych, a wywoływał bezgłos, ile razy dostał się do głośni, występował bezdech, gdy chłopiec leżal na prawym boku, bo polip zakrywał wtedy szparę głosową, a duszność się zmniejszała przy leżeniu na boku lewym, gdy polip na mocy ciężkości opadał ku stronie lewéj i odsłaniał głośnię, w razie zaklinowania się jego w głośni musiały wystąpić groźne przypady zaduszenia.

Rodzice dziecka, po przedstawieniu im źródła cierpienia, przystali na operacyję, inna rzecz była z chłopcem, który posłyszawszy o operacyi nie dał do siebie przystąpić, gdy chciano jakikolwiek instrument do krtani zakładać. Prośby i groźby na nic się nie zdały; nie pozostało jak albo wydobyć polipa przez laryngotomiję, albo téż czekać tygodnie i miesiące i przyzwyczajać chłopca do operacyi śródkrtaniowéj. Rozcięcie krtani, operacyja w każdym razie nieobojętna, nie było usprawiedliwioném z powodu dosyć znośnego stanu chorego i braku niebezpieczeństwa, na drugi sposób trudno się było S. zgodzić z powodu zamierzonego wyjazdu na feryje, zdecydował się jednak na uśpienie chłopca, co razem z operacyją śródkrtaniową w następujący sposób w przeciągu 3 minut wykonał: Siedzący na przeciw pomocnik wziął chłopca na ręce i silnie go trzymał, jeden z lekarzy eteryzował, a drugi po uśpieniu chorego rozwarł rozszerzaczem usta, wydobył język i uchwycił go w rękę, S. zaś wprowadził lewą ręką wziernik, prawą ręką pincetkę służącą do ugniatania polipów a uchwyciwszy silnie wydobył polip szybko; za jednem pociągnięciem. Chłopiec prawie w téj chwili się obudził. W kilka minut po operacyi wystąpił krwotok dość znaczny, który zatamowano za pomocą inhalacyi 1% roztworu półtorachlorku żelaza, noc przespał chory spokojnie

i bez duszności i oczywiście wkrótce przyszedł do zupełnego zdrowia.

Pominąwszy krwotok, który mógł był wystąpić w krtani jeszcze wśród narkozy, osądzą czytelnicy łatwo niebezpieczeństwa, na jakie był S. narażony i trudności z jakiemi miał do walczenia. (*Wien. med. Presse* Nr. 48 i 49).

Dr. T. W.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XVII zwyczajne z dnia 3 listopada 1880.

Przewodniczący: Wiceprezes Dr. Grabowski. Członków obecnych 18.

1. Przewodniczący złożył do biblijoteki dzieła Towarzystwu nadesłane.

2. Kol. Zarewicz odczytał pismo Towarzystwa lekarskiego w Płocku z prośbą o przesłanie przepisów odnoszących się do szczepienia ospy w Austryi i Niemczech, tudzież odezwę c. k. Namiestnictwa wzywającą, w myśl reskryptu ministerstwa spraw wewn., Towarzystwo lek. krak, o danie opinii w sprawie zapobieżenia nadużyciom z receptami. Załatwienie obu tych spraw polecono komitetowi Towarzystwa.

3. Wybrano na członków czynnych Towarzystwa: Drów Konstantego Heumanna, Henryka Mendelsburga i Emanuela Rosenblatta.

4. Kol. Prof. Korczyński okazał terpentynę chijejską, którą we wrześniu b. r. otrzymał z Chios za pośrednictwem Dra Wł. Jabłonowskiego. Posiada ona wszystkie własności, które według Claya odznaczać mają lek prawdziwy: jest sprężystą, gnieciona między palcami mięknie i nie pozostawia na palcach żadnego osadu, na powietrzu zsécha się, ma woń nie zbyt mocną, przyjemną, jest prawie bez smaku, po stopieniu staje się kruchą, w wyskoku rozpuszcza się powoli, pozostawiając nieco osadu, w eterze rozpuszcza się łatwo, w wodzie tonie, a w rozczynie 8% kwasu siarkowego pływa. Terpentynę tę stosuje kol. Prof. Korczyński obecnie u kilku chorych w klinice stałéj i ruchoméj i z przypadków tych obiecuje zdać sprawę w swoim czasie. Przy końcu zeszłego półrocza letniego używał on terpentyny, sprowadzonéj od Allena z Londynu, u 7 chorych, z pośród których 4 chorych (2 chorych z rakiem gardziela, 1 chora z rakiem macicy i 1 chora z rakiem pochwy maciecznéj) przebywało za nadto krótko w klinice, by módz stwierdzić jakikolwiek skutek leku, trwanie leczenia wynosiło bowiem 5, 6, 7 i 13 dni. Pozostałe 3 przypadki są następujące:

a) K. R. ze Sącza *c. Carcinomate port. vagin. uteri*, przysłana do kliniki przez kol. Jordana, używała przez 8 dni po 1.50 gm. terpentyny. Wśród tego ciężar ciała zwiększył się o 1·200 gm., a bóle zmniejszyły się. Do domu dano choréj 15 gm. tego leku. Dalszy przebieg choroby nie jest znany.

b) Suski J., z Nowego Targu, z rakiem przybłonkowym policzka lewego, trwającym od lat 3. Rozpoznanie stwierdzone było badaniem drobnowidowém. Brzegi wrzodu twardego wyniosłe; dno nierówne, malinowate; gruczoły limfatyczne niezajęte; stan ogólny zupełnie dobry. Przez 19 dni pobytu w klinice wyżył 19.3 gm. terpentyny, przy czém zewnętrznie używano tylko 1% rozczynu kw. karbolowego. Po pierwszych 6 dniach środek wrzodu zaczął się pokrywać przyskórkiem; po następnych 6 dniach brzeg górny i wewnętrzny zmiękły, a całe dno wrzodu, z wyjątkiem kilku drobnych miejsc malinowatych, pokryło się zupełnie przyskórkiem, w ostatnich jednak 6 dniach pojawił się przy brzegu dolnym świeży rozpad w dnie wrzodu, z którego to powodu dla zbliżających się feryj uniwersyteckich polecono choremu udać się do szpitala i tam poddać się operacyi. Jak się późniéj dowiedziano, chory téj rady nie posłuchał, lecz wyjechał do domu. W ciągu obserwacyi klinicznéj ciężar ciała powiększył się o 2.800 gm.

c) Pani D., lat 42 licząca, z włókniakami macicy przed 6 laty przez Prof. Brauna rozpoznanemi, od 3 lat w opiece lekarskiéj kol. Jordana. W lecie 1879 roku odszedł, wśród znacznych bólów i silnego krwotoku, włókniak wielkości sporéj pięści, poczém krwotoki całkiem ustąpiły, a stan ogólny choréj znacznie się polepszył. Z początkiem lipca 1880 odżywienie choréj, pomimo braku krwotoków, znacznie i nagle podupadło, a guzy w jamie brzusznéj poczęły szybko wzrastać i stały się po raz pierwszy siedzibą znacznych bólów. Chora przysłaną została przez kol. Kirschnera po terpentynę z Chios. Kol. Jordan stwierdził znaczny rozrost guzów i sądząc po znacznéj zmianie w stanie ogólnym choréj był zdania, że nowotwór, dotychczas dobrotliwy, zaczyna zamieniać się na nowotwór złośliwy. Choréj dano z końcem lipca 150 pigułek, z których każda zawierała po 0·10 terpentyny. W drugiéj połowie sierpnia przedstawiła się chora i okazywała bardzo korzystną zmianę w stanie ogólnym. Bóle w brzuchu ustąpiły zupełnie, a guzy znacznie zmalały. Dalszy przebieg choroby nie jest znany.

Prelegent sądzi, że te trzy przypadki zachęcają do dalszych doświadczeń z tym lekiem.

5. Kol. Prof. Korczyński przedstawił chorego I. P., lat 47 liczącego, z niedokrewnością swoistą postępową. Przypadek ten zasługuje na uwagę raz z powodu, że choroba ta w kraju naszym w ogóle jest rzadką, a powtóre z powodu, że odznacza się zwolnieniami i nasileniami objawów, które występują bez znanych przyczyn. Przypadek ten zostanie osobno opisany.

6. Tenże przedstawił chorego z rozległém schorzeniem rdzenia pacierzowego. Opis tego przypadku jest w streszczeniu następujący: B. I., lat 44, oficyjalista prywatny, nieżonaty. Wywiady są niedokładne z powodu przytępienia władz umysłowych. Tyle dowiedzieć się można, że przed 15 laty przebywał zimnicę, a przed 13 laty jakąś chorobę gorączkową 2 tygodnie trwającą, która objawiała się kłuciem w klatce piersiowéj. Kurcze w łydkach miewał od dawna. Obecna choroba miała się rozpocząć nagle przed $1\frac{1}{2}$ rokiem cierpnięciem i drganiem w odnogach dolnych, do czego dołączyło się migotanie przed oczyma, zawrót głowy i zaparcie stolca. Po kilku tygodniach miały obrzmieć i stać się bolesnemi stawy kolanowe i skokowe; gorączki wtedy chory nie zauważył, a bóle w stawach miały być stałe i nie zmieniać swéj siedziby. Od tego czasu chory nie opuszcza łóżka. Bóle w stawach miały się utrzymywać przez 5 miesięcy, poczém ustąpiły, pozostawiwszy po sobie kontraktury w stawach skokowych i kolanowych. O zatrzymaniu moczu chory nic nie wspomina, stolec bywał zaparty. Badanie wykazuje znaczną niedokrewność, odżywienie liche, rozedmę płuc nieznacznego stopnia i zbrzęknienia żył hemoroidalnych. Czaszka prawidłowa. Stos pacierzowy niebolesny, ruchy tak czynne jakotéż bierne zupełnie swobodne, tylko chory siedząc mocno się garbi. W sferze umysłowéj napotyka się przytępienie miernego stopnia władz umysłowych w ogóle, a w szczególności pamięci. W sferze zmysłowéj nie ma żadnych zboczeń. Na odnognach górnych czucie jest zupełnie prawidłowe, a co do ruchu odnoga górna lewa przy podnoszeniu trzęsie się i okazuje mierny niedowład (wartość dynamometryczna ręki pr. 24, lewéj $17\frac{1}{2}$ klg.) Odnogi dolne są w bardzo znacznym stopniu wychudłe. Obydwa stawy kolanowe wybitnie zgrubiałe, zarówno przy ruchach czynnych jak i biernych dadzą się zgiąć tylko do 160°; kolana są zbieżnie a podudzia rozbieżnie ustawione. Stawy skokowe mocno przykurczone, ruchy bierne w tychże bardzo ograniczone, a stopy brzegiem wewnętrznym mocno ku górze zwrócone. Władza w odnogach dolnych miernie upośledzona, wszystkie ruchy okazują jednak wybitną niezborność, która zwiększa się przy zamkniętych oczach, a nadto przy każdym ruchu widać drgania włókienkowe i drżenie całéj odnogi. Chory, nawet przy pomocy dwóch osób, ani na chwilę na nogach utrzymać się nie może. Czucie mięśniowe bardzo wybitnie upośledzone. Odruchy skórne i ścięgniste zupełnie zniesione, mięśniowe utrzymane. Kurczliwość mięśniowa na prąd indukcyjny upośledzona w ogóle, w wyższym jednak stopniu na odnodze prawéj aniżeli lewéj. Czucie dotykowe utrzymane, jednak lokalizacyja czucia jak niemniéj czucie ucisku i czucie bólu upośledzone w miernym stopniu. Zwolnienia w przewodnictwie, jak niemniéj zdwojenia wrażeń czucia nie ma. Mowa nie zupełnie płynna, leniwa, czasami chory się zacina. Połykanie nieznacznie upośledzone. Przy oddawaniu moczu chory musi się nadymać, a prąd moczu jest słaby. Stolec stale wstrzymany, nastaje tylko po lewatywie lub środku przeczyszczającym.

W rozpoznaniu prelegent wyklucza najpierw zanik mięśniowy postępowy, następnie ogłupienie z porażeniami, a wreszcie samoistne zapalenie stawów z następowym zanikiem mięśniowym. Jako objawy usprawiedliwiające rozpoznanie zwyrodnienia szarego sznurów tylnych wymienia: niezborność ruchów w odnogach dolnych, upośledzenie czucia mięśniowego, zniesienie odruchów ścięgnistych, upośledzenie czucia ucisku i bólu, osłabienie pęcherza i niedowład kiszek, któremu to rozpoznaniu nie sprzeciwiają się: zmiany w stawach kolanowych, i mierne upośledzenie władz umysłowych, gdyż takowe w *tabes dorsualis* się przydarzają. Reszta jednak objawów w odnogach dolnych, a przedewszystkiém zanik mięśniowy, kontraktury i upośledzenie kurczliwości elektrycznéj, w tak wczesnym względnie okresie choroby, wreszcie nagły początek choroby, zdaje się niewątpliwie odpowiadać zajęciu komorek zwojowych w rogach przodkowych rdzenia pacierzowego. Wyłuszczywszy te podstawy rozpoznawcze, prelegent zwraca uwagę na najnowszy zwrot w rozpoznawaniu *poliomyelitis anterior*, inaugurowany przez Leydena *(Zeitsch. f. kl. M. I)* i uwzględniając w danym przypadku upośledzenie mowy i połykania, wreszcie trzęsienie się, jest zdania, że w danym przypadku najprawdopodobniéj mamy do czynienia z rozsianém cierpieniem rdzenia pacierzowego, które przeważnie zajmuje sznury tylne i rogi przodkowe, a w mniejszym stopniu zajmuje także i mózg.

7. Kol. Prof. Domański przedstawił 2 chorych: jednego z rzadkiém cierpieniem przerostu fałszywego mięśni odnóg dolnych *(Pseudohypertrophia musculorum seu Hypertrophia lipomatosa)*, drugiego z kurczem mięśniów brzusznych prostych na podstawie histeryi.

W dyskusyi kol. Paszkowski zgadzając się zupełnie z rozpoznaniem kol. prelegenta nieco inaczéj tłumaczył objawy w obu cierpieniach dominujące, a mianowicie wywodził osłabienie ruchów w pierwszym przypadku z zaniku mięśni grzbietowych, skurcz zaś mięśni brzusznych w przypadku drugim uważa jako objaw następowy skutkiem skurczu mięśni grzbietowych powstały.

8. Kol. Doc. Kadyj przedstawił nastrzykane preparaty anatomiczne wykazujące nieprawidłowy przebieg tętnic sprychowych, a w jednym prawie zupełny brak téjże tętnicy, tudzież zboczenia w przebiegu tętnicy goleniowéj tylnéj.

Opis tych zboczeń umieszczonym został w rocznikach Akademii Umiejętności. *Dr. Wasylewski.*

V. Hyrtl septuagenarius.

Od lat 6 Józef Hyrtl usunął się od wykładów, porzucił Wiedeń, aby w zaciszu wiejskiém w Perchtolsdorf wypocząć po trudach wieloletnich, zwłaszcza gdy w ostatnich czasach zaczął podupadać na wzroku. Od czasu do czasu atoli głuche dochodziły wieści, że niestrudzony mąż zacisze to swoje zamienił w pracownię, gdzie przy pomocy dawnego asystenta swego nie przestaje badać a owoc tych badań ujrzał świat uczony w dwóch dzielach, które Hyrtl wydał w roku przeszłym i bieżącym, a mianowicie w dziele „o arabszczyźnie i hebraiszczyźnie w medycynie“ i „*Onomatologia anatomica.*“ Opowiadają, że Sofokles, gdy synowie oskarżyli go, że nic nie robi, że gospodarstwa zaniedbuje, że więc należy go poddać pod opiekę sądową, stanął w sądzie i przedłożył sędziemu dwie tragiedyje, które w ostatnich czasach był napisał. Jeżeli się nie mylimy, Hyrtl dwoma wspomnionemi dziełami złożył dowód, że „dobrowolnie“ porzucił katedrę wiedeńską, któréj był ozdobą, jak nikt przed nim, a może nikt po nim, nie z powodu upadku sił umysłowych lub nawet fizycznych, lecz z innych powodów, których dokładnie nie znamy, ale których po części domyślać się możemy, jeżeli z uwagą przeczytamy ostatnie jego tak świetne przemówienia, tryskające dowcipem i sarkazmem. W jednéj z tych mów uczony znawca starożytności wywodzi początek nazwy „apteki,“ podając, że Klaudyjusz Galen w bliskości Rzymu, gdzie cieszył się rozległą praktyką, na wyspie Tybrowéj, zwanéj wówczas *Insula Aesculapii* a obecnie *Isola delle serpi* (wyspa węża), posiadał skromny domek, który nazwał sam składem rupieci „ἀποθήκη“ dlatego, że w nim przechowywał wszystkie przyrządy chirurgiczne i anatomiczne, w nim robił sekcyje na psach i małpach i wykładał uczniom swoim anatomiję. — Łatwo być może, że Hyrtl przypominając ten szczegół miał na myśli swoje ustronie, w którém nie przestał pracować po opuszczeniu stolicy; w każdym razie zachodzi pewne podobieństwo pomiędzy charakterem i losem anatoma pergameńskiego a wiedeńskiego. W 34 roku życia stanął Galen w stolicy świata i odrazu zyskał nadzwyczajną wziętość jako lekarz i sławę jako badacz; nie był atoli wolnym od próżności i pychy; zatargi z kolegami zatruwały mu życie i nareszcie uczyniły mu pobyt w Rzymie niemożebnym. Hyrtl w 27 roku życia objąwszy katedrę anatomii w Pradze na samym wstępie odezwał się do kolegów w wydziale: „Jakkolwiek w młodym jeszcze „wieku pojawiam się wśród Was, mężów doświadczonych, to „przecież czuję w sobie siłę, aby sprostać z młodzieńczą „energiją ciężkim pracom anatoma aż do wieku schyłkowe-go.“ Jeżeli pomimo nadzwyczajnego powodzenia jako badacz i ubóstwienia ze strony młodzieży nie tylko w Pradze ale i we Wiedniu, programu tego, wypowiedzianego z taką niezwykłą pewnością siebie, nie wypełnił w zupełności, skoro „dobrowolnie“ porzucił katedrę, to przyczyny tego szukać należy w ciągłém niezadowoleniu, które było wynikiem znanéj jego próżności i stosunku niezbyt przyjacielskiego do kolegów najbliższych. Rzućmy jednak zasłonę na wady, od których i prawdziwie wielcy ludzie nie są wolnymi, a posłuchajmy w jak zręczny i sprytny sposób Hyrtl w ostatnim swoim „wykładzie,“ do którego jeszcze powrócimy, tłumaczy się z wczesnego ustąpienia swego. „Jestem sobie świadom“— mówił on — „że tym moim wykładem przekroczyłem ustawę państwową, albowiem profesorowi, który doszedł do klimakterycznych lat 70, nie wolno już wykładać, przechodzi on wtedy w stan spoczynku. Jeżeli zaś pomnę, że piewca ojczyzny niemieckiéj, Arndt, w 70tym roku życia swego powołany został przez króla Fryderyka Wilhelma III jako profesor historyi na wszechnicę w Bonn, —jeżeli Sömmering liczący prawie lat 80 mógł być najzawołańszym w Niemczech anatomem, — jeżeli najsławniejszy anatom włoski, Morgagni, po za 80tym rokiem życia mógł napisać nieśmiertelne swe dzieło „*de sedibus et causis morborum,*“ a Fryderyk Ruysch pomimo swych lat 90 mógł urządzić drugie swoje muzeum, które król polski Stanisław za 24000 dukatów zakupił dla uniwersytetu wittenberskiego,—jeżeli pomimo, że rok 70ty przekroczyli, pozwolono marszałkom Radeckiemu i Moltkemu pobić na głowę nieprzyjaciół ojczyzny— jeżeli monarchowie, papieże, ministrowie w wieku schyłkowym jeszcze dostępują sławy z powodu wielkich i pożytecznych czynów, które zdziałali, — wtedy zasada owa, u nas praktykowana, dla niektórych przynajmniéj wydaje mi się być nie tylko upokarzającą, ale nawet niesłuszną. Są profesorowie, których długo przed tym fatalnym wiekiem należało uczynić nieszkodliwymi dla wykładu i nauki przez przeniesienie ich w stan spoczynku; są jednak inni, którzy pomimo swych lat 70 mogą jeszcze być ozdobą swych katedr. Ja nie chciałem doczekać się czasu, w którym jako profesor byłbym zmuszonym udać się na spoczynek. Usunąłem się dobrowolnie na 6 lat przed rokiem 70tym, i nigdy tego nie

żałowałem. Jeśli tedy wykład mój dzisiejszy nie był dobrym, zawiniły to moje lat 70.“

Hyrtl broni się w właściwy sobie sposób, broniąc się zaczepia, a przyznać należy, że zaczepka jego jest uzasadnioną. Państwo austryjackie poszło w têm za przykładem Francyi, w któréj — jeżeli się bardzo nie mylimy — nawet już rok 60ty jest rokiem klimakterycznym dla profesorów. Niemcy zaś nie uznały za stósowne oznaczyć kresu dla działalności profesora, a Langenbeck pomimo nie dawno odbytego jubileuszu nie przestaje być profesorem, a wątpić wypada, czy uniwersytet berliński coś na têm traci. O wiele odpowiedniejszém dla umiejętności i dla zakładów naukowych byłoby doglądanie ze strony państwa, co profesorowie robią do 70go roku, aniżeli uznanie z góry każdego profesora bez wyjątku za emeryta, jeżeli rok 70ty zakończył. Dziwna to zaprawdę ironija, jeżeli się Hyrtlom i Rokitanskym każe ustępować z powodu wieku, a z drugiéj strony nie zważa na to, co wielu profesorów przez kilkadziesiąt lat robi, a raczéj nie robi. I czyż to w istocie nie jest wielką szkodą dla uniwersytetu, jeżeli z powodu wieku usunąć się musi uczony, który po ukończeniu 70go roku życia z równą pewnością siebie, jak gdy objął katedrę w Pradze, może powiedzieć o sobie: „Doczekać się lat 70, nie jest zasługą. Dla wielu jest to zdarzeniem wielkiéj wagi, — dla niewielu błogosławieństwem, — dla niektórych nawet ciężarem. I dla mnie wiek ten byłby brzemieniem, gdybym, jako zużyty starzec, znużony i zrzędny o kiju ułomności musiał dokonać życia swego. *Difficilis, querulus, laudator temporis acti.* Nic z tego wszystkiego. Ja czuję jeszcze w sobie żywotność i zdolność do pracy,—może więcéj od niejednego młodszego człowieka! Zachodzące słońce życia przyświeca mi jeszcze raz światłem jasném. —“ Jubileusz zwrócił znów uwagę powszechną na Hyrtla, a raczéj Hyrtl zwrócił na siebie uwagę przez przemówienia swoje, które świadczą, że umysł jego jest jeszcze tak bystrym i rzeskim, jak w najlepszych czasach, gdy jako profesor olśniewał wymową i rozległą wiedzą umysły uczniów, lub gdy jako rektor z królewskim prawie majestatem witał deputacyje, składające życzenia swe z powodu 500-letniego jubileuszu Uniwersytetu wiedeńskiego. Hyrtl nigdy nie mięszał się w sprawy polityczne; jest on rodowitym Węgrem, w rzeczy zaś saméj był on kosmopolitą, a ze zdaniem swojém o kierunku rządowym chyba wtedy się dał słyszeć, jeżeli śród wykładu o kościach lub mięśniach uznał za stósowne wytykać rządowi jakieś uchybienia, których się miał dopuścić względem zakładów naukowych lub względem jego osoby. Têm bardziéj uderzyło jego wystąpienie ostatnie, mające cechę wybitnie polityczną, jakkolwiek na pozór było tylko gloryfikacyją wiedzy niemieckiéj. Po zwykłych toastach jubilat wypowiedział toast na umiejętność niemiecką, pełen przytyków dla obecnego kierunku rządowego w Austryi; z drugiéj strony atoli nie szczędził i przytyków dla obecnego rządu niemieckiego, przypominających nam zapatrywanie słynnego Dra Jacobiego, którego polityczna wielkość Niemiec nie napawała radością, ponieważ był przekonany, że ona powstała kosztem wielkości duchowéj. „Niemcom — rzekł Hyrtl — należy się sława, że wielkiemi swemi pracami we wszystkich dziedzinach wiedzy i badania ludzkiego przyczyniły się do wywyższenia umiejętności. Aczkolwiek Niemcy przez wieki rozdzielone i pogrążone w niemocy politycznéj przyzwyczaić się musiały do lekceważenia, którego doznawały ze strony świata, to przecież umiejętność niemiecka była opoką, na któréj samowiedza tego wielkiego narodu zawsze ze sławą i dumą opierać się mogła. Wprawdzie w nowszych czasach zmieniło się znaczenie polityczne Niemiec. Sława wielkich czynów wojennych, świetnych zwycięstw, podbitych krajów, uwieńczyła jedność niemiecką, niedawno powstałą. Lecz sława ta nie zawsze jest przeczystą, albowiem i barbarzyńcy zbroczone swe sztandary zatykali w zdobytych krajach. Ale z powodu wawrzynu, którym umiejętność niemiecka skroń swoją uwieńczyła, żadna Dafne żałow nie zawodzi, ani téż nie zrosiły go łzami swemi nędza i zubożenie, lecz wykwitło z niego obfite błogosławieństwo, bo szczęście i dobrobyt społeczeństwa.“

Wszyscy uczniowie Hyrtla, oraz ci, którzy podczas pobytu swego we Wiedniu nie omieszkali przysłuchać się jego wykładom, znają rozległą uczoność mistrza; zna ją zresztą cały świat naukowy z licznych dzieł jego. Nie zadziwiło więc nikogo, gdy jubilat piękną, cyceroniańską łaciną odpowiedział na adres wręczony przez reprezentantów Wydziału lek. wiedeńskiego, na adres napisany po niemiecku, a przetłumaczony przez profesora filologii na łacinę, któréj cyceroniańską nazwać nie można. Ale zdumieli się biesiadnicy, gdy wielki anatom usłyszawszy życzenie ich, że jeszcze raz chcieliby jego przysłuchać się wykładowi, bez przygotowania zaimprowizował przy stole wykład, jak go sam nazwał historyczno-filologiczno-lekarsko-humorystyczny, który, ogłoszony w czasopismach wiedeńskich według zapisków stenograficznych, chętnie czytany będzie w całym świecie przez wszystkich wielbicieli jubilata, ponieważ dostarczy im dowodu, że Hyrtl jeszcze teraz jest tym samym, którym był w kwiecie wieku swego.

Żałujemy, że czas i miejsce nie dozwalają nam podać całego wykładu w dosłownêm tłumaczeniu; podajemy więc tylko osnowę jego w krótkości.

Hyrtl częstuje gości swoich cygarami, przesłanemi mu przez Dra Cifuentes, tłumacza anatomii jego topograficznéj na język hiszpański, cygarami zowiącemi się Culebras, znanemi także u nas; mają one postać węża i sprzedają się po trzy w jednéj wiązce, pookręcane naokoło siebie. Tłumaczy zarazem, że nazwa hiszpańska Culebras odpowiada francuskiéj Couleuvre (padalec), ta zaś wyrazowi *couler* (kręto płynąć), zkąd także pochodzi wyraz *couloir* (chodnik kręty). Są to więc cygara, mające postać węża Eskulapowego, a ztąd pochop do wykładu o wężu jako symbolu medycyny. Przedstawia zaś rzecz jak następuje:

Rozpoczyna od Apolina, w którego usta kładzie Owidyjusz oświadczenie stanowcze:

Inventum medicina meum est, opiferque per orbem
Dicor, et herbarum subjecta potentia nobis.

Apolon zaś, wynalazca medycyny a zarazem źródło chorób epidemicznych, miał słabość do płci piękněj, tak jak inni Olimpijczycy. Jedną z jego oblubienic była panna Koronis, która pod koniec ciąży została zabitą przez byka. Gdy trupa obmywano, spostrzeżono po brzuchu ruch pełzający; przecięto jéj więc brzuch i wyjęto dziecko płci męzkiéj żywe, które oddano pod opiekę suki. Chłopiec ten otrzymał imię Asklepiosa — urodzonego bez bólu —, a zarazem był to pierwszy znany przypadek cięcia cesarskiego, nakazanego dopiero później w 12 tablicach Numy Pompiliusza w słowach: *„Neque cremato mulier gravida, nisi partum prius excideris.“* Według podań greckich sława Asklepiosa jako lekarza sięgała od Jonii aż do Indyj tylnych, co wcale zastanowić nie może, jeżeli się zważy, że nie tylko żywych

uśmiercał ale zmarłych do życia przywracał; za to przywłaszczenie sobie atrybucyj Jowiszowych rażony został piorunem; synowie jego Podalirion i Machaon byli pierwszymi lekarzami wojskowymi w wyprawie trojańskiéj. Asklepiosowi wybudowano świątynie w Epidaurze, Knidos i Pergamie, w których zrazu leczono chorych, a późniéj obok nich urządzono szpitale. W świątyniach tych czczono Eskulapa w dwojakiéj postaci, węża i człowieka. Wyobrażano go sobie jako mężczyznę w kwiecie wieku z wawrzynem na głowie z ręką lewą opartą o maczugę, na około któréj wije się wąż; maczuga wyobrażała potęgę i siłę medycyny, *ad trucidandos morbos*; wąż zaś przedstawiał roztropność i ostrożność, potrzebną przy owém zabijaniu chorób. Wąż zatém był już to atrybutem Eskulapa, już téż to przedstawicielem bożka samego; dla tego téż gdy za czasów Sulli w Rzymie wybuchła zaraza, a senat prosił Apolina delfickiego o pomoc i radę, wyrocznia poleciła posłom rzymskim, aby z Epidauros zabrali ze sobą reprezentanta Eskulapa, w skutek czego przywieziono do Rzymu węża żywego. Że zaś właśnie węża obrano jako wyobraziciela bożka, pochodzi to po pierwsze ztąd, że zwierzę to jest godłem nie tylko roztropności i ostrożności, ale także chytrości i podstępu, jak tego już doświadczył Adam w raju; własności te zaś jeżeli każdemu, to głównie lekarzowi czasem są potrzebnemi, a już apostoł Paweł pisał do Koryntczyków: *„Estote prudentes sicuti serpentes.“* Powtóre w staréj medycynie greckiéj wąż był **lekiem** często używanym; tak posługiwano się popiołem węży przeciw zimnicy, kurczom i drgawkom, nawet przeciw wściekliźnie. Z hebrajskich tłumaczeń ksiąg greckich Arabowie przejęli popiół węży i do swojéj farmakopei, stósując go nie tylko w chorobach wewnętrznych, ale i przeciw wrzodom żrącym. Arabista Valescus de Taranta, profesor w Montpellier w 13ym wieku, podaje receptę środka żrącego, w skład którego wchodzą trzy gatunki popiołów: *cinis salamandrae*, *cinis serpentum* i *cinis solearum vetustarum*. Popiół węża i salamandry już dawno wyszedł z użycia, ale za to popiół podeszew starych jeszcze do końca 18go wieku był częścią składową pasty braciszka Kosmusa.

Oto treść wykładu zaimprowizowanego; nie pominęliśmy żadnego ustępu ważnego, a o niektórych ustępach już wyżéj wspomnieliśmy; trudno nam jednak oddać dosłownie owych licznych uwag i sarkazmów, w które każde zdanie obfituje. Powtarzamy, wykład był zaimprowizowany i dowiódł najlepiéj świeżości umysłu jubilata; niepodobna przypuścić, aby mówiąc bez przygotowania, zwłaszcza o szczegółach historycznych, nie wykraczał czasem przeciw prawdzie; ale są to bagatelki, które nie czynią ujmy świetności wykładu.

I tak mylném jest twierdzenie, jakoby król polski Stanisław kupował od Ruyscha muzeum dla uniwersytetu wittenberskiego. Ruysch żył w Amsterdamie a muzeum swoje sprzedał Carowi Piotrowi I, który, jak wiadomo, bawił w Holandyi; dziwną jest tylko rzeczą, zkąd Hyrtl przypisuje to kupno Stanisławowi Leszczyńskiemu, który zaprawdę jako wygnaniec nie mógł myśleć o nabyciu muzeum anatomicznego, i to dla uniwersytetu, znajdującego się w kraju dziedzicznym przeciwników swoich Augustów saskich. — Za prosty *lapsus linguae* uważać należy wzmiankę o 12 tablicach Numy Pompiliusza, skoro ustawa ta o wiele późniéj za czasów rzeczy pospolitéj ogłoszoną została; również inaczéj brzmi formułka przypisywana królowi Numie, a odnosząca się do uskutecznienia cięcia cesarskiego na zmarłych kobietach brzemiennych (*„Mulier, quae praegnans est mortua, ne humator, priusquam partus ei excidatur; quei secus faxit etc.“*); za czasów dawnych **grzebanie** zwłok w Rzymie było częstszym, jeżeli nie jedynym sposobem chowania; dopiero za czasów decemwirów palenie zwłok również często się odbywało jak grzebanie, za tém przemawia ich przepis: *„Hominem mortuum in urbe ne sepelito neve urito.“* — Uderzającém wreszcie jest twierdzenie Hyrtla, że wyraz *„Asklepios“* oznacza człowieka „bez bólu zrodzonego;“ a więc Eskulap byłby niby Macduffem szekspirowskim, nie urodzonym przez kobietę, bo z łona jéj wyciętym. Miałoby to znaczenie pewne, bo świadczyłoby, że t. zw. cięcie cesarskie na zmarłych jest rękoczynem sięgającym czasów przedhistorycznych, — cóż kiedy nie wiemy, na jakiéj podstawie Hyrtl nazwisko bożka w ten sposób tłumaczy, bo nadaremnie szukamy za nią po źródłach; wiemy tylko, że zdaniem jednych Asklepios pochodzi od wyrazów: ἀσκελὲς ἤπιος = ciągle łagodzący; według drugich zaś od ἀλκὴ i ἤπιος = mający moc leczącą; w jednym i drugim razie nazwisko jego odnosi się do władzy gojenia lub leczenia, nie zaś do urodzenia się jego bezbolesnego.

Mimo tych drobnych usterków, które w wykładzie podczas obiadu i bez przygotowania wypowiedzianym wcale zadziwić nie mogą, wykład ten i w ogóle wszystkie przemówienia, miane w tym dniu, świadczą wymownie, że Hyrtl jeszcze jest tém, czém był dawniéj, nie tylko wielkim uczonym ale i porywającym mówcą. Pustelnik z wieży perchtolsdorfskiéj, —jak się sam nazwał—dawnym swoim uczniom okazał się jeszcze raz w całym swoim blasku, aby powrócić znów do swojéj strzechy i znów zamilknąć, może na zawsze, bo jakkolwiek zapewnia, że czuje w sobie ogień młodzieńczy, i jakkolwiek świat lekarski może nie jedną jeszcze pracą ucieszy, to przecież wątpimy, ażali kiedy zdarzy mu się jeszcze sposobność przemówienia publicznego. Dzielnych anatomów uniwersytety zapewne zawsze posiadać będą, ale czy prędko się pojawi znów anatom z tak rozległą wiedzą, wątpić należy. Znajomość języków klasycznych coraz bardziéj upada pomiędzy lekarzami; gardzimy nią, uważając ją za zbyteczną; nawet odzywają się głosy [za przypuszczaniem uczniów szkół realnych do nauki lekarskiéj. Coraz więcéj w przyszłości mieć będziemy rzemieślników lekarskich, a Hyrtlowie żyć będą tylko w tradycyi! *L. Blumenstok.*

List ze Lwowa.

Po pięciu latach istnienia zakładu kulparkowskiego, zamianowano nareszcie przed dwoma tygodniami stale dwu prymaryjuszów, jakotéż jednego lekarza pomocniczego, drugiego zaś prowizorycznie. Jakkolwiek w zasadzie przeciwni jesteśmy wszelkim prowizoryjom, to jednak wyjątkowo uznaliśmy dotychczasowe prowizoryjum za niezbędne. Trudno bowiem było myśleć o ustaleniu lekarzy, dopóki nie było pożądanego ładu. Obecna nominacyja wskazuje, że ład i spokój w Kulparkowie zapanował i dowodzi ona, że za rządów nowego dyrektora lepiéj niż dawniéj się dzieje. Przez stabilizacyję zmienił się, a właściwie nie zmienił się poczet funkcyjonaryjuszy; nie zmienił się, bo osoby te same pozostały, a mimo to zmiana nastąpiła mianowicie dla tego, że prowizoryczny prymaryjusz został prowizorycznym lekarzem pomocniczym. Rezultat ten daje najlepsze świadectwo, że referent spraw sanitarnych w Wydziale krajowym przedewszystkiem baczył na dobro instytucyi i umiał być głuchym na prośby i nalegania nawet wpływowych osób. Może nale-

żałoby wypowiedzieć zdanie, o ile dobrze Kulparków obsadzono, i gdybyśmy w krótkich słowach określić mieli, musielibyśmy powiedzieć, że obsada jest bardzo dobrą w naszych stosunkach. Jużto prawda, że w naszéj prowincyi nie wielu mamy psychijatrów, nic więc dziwnego, że liczba kompetentów była bardzo mała. Wydział krajowy przewidując to przed kilku laty, starał się zachęcić nadaniem stypendyjum do poświęcenia się psychijatryi; stypendyjum rozdano, stypendysta za granicą przebywał, nawet krótki przeciąg czasu pełnił obowiązki lekarza pomocniczego w Kulparkowie, ale nakoniec pożegnał się z psychijatryją przerzucając się na inną, może o wiele intratniejszą specyjalność.

Kiedy już mowa o szpitalach, powiedzmy słów kilka o szpitalu lwowskim. Restauracyja jego niezwykle szybko postępuje i nie ma wątpliwości, że część zniszczona pożarem na użytek chorych oddaną zostanie jeszcze podczas zimy. Tym razem rozporządzenia obostrzające przyjmowanie chorych o tyle korzystniéj wpłynęły, że w szpitalu nie brakło dla chorych miejsca, co każdéj zimy zdarzać się zwykło. Równocześnie ukończona restauracyja szpitala Sióstr Miłosierdzia, w którym nawet nieuleczalni znajdowali opiekę i pomieszczenie, umniejszy przypływ chorych do szpitala tak zwanego głównego.

Wykazy fizyka miejskiego, jakotéż dyrekcyi szpitalnéj dowodzą, że przypadki epidemii, dotąd u nas panującéj, stają się coraz rzadsze. Niewątpliwie mróz wpłynął korzystnie, a przyznać należy, że przestrzeganie czystości i desinfekcyja, wywołana zabiegami troskliwych o zdrowie radnych, wielce się przyczyniły do uśmierzenia chorób nagminnych.

Przy téj sposobności podnieść musimy uchwałę Rady miasta, dotyczącą zamknięcia góry zamkowéj dla powozów. Śliczne to ustronie o zdrowém powietrzu coraz więcéj cenią nasi mieszkańcy, jak to dowodzi powzięta uchwała, przeciwna zapatrywaniom nowego prezydenta miasta i niektórych dostojników. Zwolennicy otwarcia góry zamkowéj dla powozów argumentowali między innemi, że przez zamknięcie téj góry tracą kupcy i przemysłowcy; bogatsza ludność bowiem nie znajdując przyjemności przejeżdżania się po górze, niechętnie pozostaje w murach naszego miasta. Nikt, a nawet i tak argumentujący nie wątpią, że w czém inném leży przyczyna, iż Lwów zbytkiem zamożnych a stale mieszkających lub do miasta się zjeżdżających nie grzeszy; otwarcie góry nie powiększyłoby zastępu arystokracyi, ale natomiast pozbawiłoby żądnych świeżego powietrza jedynego miejsca do przechadzki, które wszystkim wymaganiom odpowiada.

Wybory, oto słowo, które najleniwszych obywateli do działania pobudza. Walka wyborcza bywa często zaciętą, gdy się rozchodzi o dobrze płatne posady. Gdzieindziéj, jak to świadczy Wiedeń, bywa nawet walka kandydatów ożywioną, gdy się rozchodzi o krzesło honorowe prezesa. U nas tymczasem inaczéj się dzieje. Od chwili rozpadnięcia się Towarzystwa lekarzy galicyjskich na sekcyje i powstania sekcyi lwowskiéj, liczba ubiegających się o berło przewodniczącego zdaje się zmalała. Wprawdzie zakres działania prezesa sekcyi lwowskiéj jest zupełnie inny jak przewodniczącego wszystkich sekcyj, ale stanowisko nie jest mniéj zaszczytne, niż dawniéj bywało. Ściślejszy zaś zakres działania dozwala zwrócić w jednym kierunku całą siłę, a przez to rezultat działania może być tém bardziéj pomyślny. Na pozór wydawałoby się rzeczą obojętną, kto zasiada na krześle prezesa; każdy jednak wie z doświadczenia, że od zabiegów i skrzętności przewodniczącego zależy dobro i rozwój instytucyi. Niewątpliwie Towarzystwo lekarzy lwowskich od lat niespełna dziesięciu coraz więcéj się rozwija, a pamiętając o celach humanitarnych nie zapomina i o naukowych. Zarząd Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego z natury rzeczy pamięta o celach humanitarnych Towarzystwa, a zarząd sekcyi głównie zadaniami naukowemi zajmować się powinien. Ze sprawozdania za rok bieżący przekonamy się, że uprawiamy tak naukę, jak umiemy i możemy; a jeśli liczba prelegentów w porównaniu z liczbą członków sekcyi nie jest wielką, to w każdym razie wynagradza brak prelegentów ilość prelekcyj, co dowodzi, że istnieje w łonie Towarzystwa grono dzielące się chętnie zdobyczami wiedzy. Powiększyć to grono, wciągnąć nowe siły i zachęcić do współpracownictwa, oto zadanie przyszłego prezesa. Nie mamy nikogo na myśli mówiąc o przewodniczącym, a poruszyliśmy tę kwestyję jedynie dla tego, że pora wyborów się zbliża i że chcielibyśmy najzasłużeńszych zachęcić do współubiegania się.

Listy z Berlina.

IV.

Liczba uczniów w Berlinie wynosi rocznie około 600. Jako zwyczajny uczeń medycyny może się zapisać każdy kto ukończył gimnazyjum i złożył egzamin dojrzałości. Czas, przez jaki każdy musi słuchać wykładów odnoszących się do nauk lekarskich, jest różny, stosownie do tego, czy uczeń rozpoczyna swe nauki z półroczem zimowém, lub téż z półroczem letniém, w najlepszym jednak razie wynosi 4 lata, tj. przeciąg czasu prawem przepisany, a w takim razie musi nauki rozpoczynać z kursem zimowym, a po 4 latach z początkiem nowego półrocza zimowego przypuszczony zostaje do egzaminu rządowego w celu otrzymania stopnia lekarza. Półrocze zimowe rozpoczyna się z 1 listopada i trwa do marca, letnie zaś półrocze rozpoczyna się w maju i trwa do połowy sierpnia. Porządek słuchania wykładów jest zostawiony do woli ucznia, jednak istnieje pewien podział formalny, którego się téż wszyscy trzymają, a który w głównych zarysach odpowiada zwyczajowi u nas przyjętemu. W pierwszych 2 latach uczniowie słuchają anatomii, fizyjologii, chemii, fizyki, nauk przyrodniczych, i po 2 latach składają egzamin, tak zwane *tentamen physicum.* Z nauk przyrodniczych nie składają osobno żadnych egzaminów, jednak przy *tentamen physicum* muszą być przygotowani na to, iż mogą dostać pytanie z nauk przyrodniczych. W 3cim roku zaczynają słuchać wykładów klinicznych. Zapisani na wykłady kliniczne dzielą się na teoretyków i praktykujących. Teoretykami są ci, którzy się tylko wykładom przysłuchują, nie biorąc żadnego udziału w badaniu chorych i ich pielęgnowaniu; praktykanci zaś badają chorych, rozpoznawają i każdéj chwili muszą zdać swemu profesorowi na żądanie dokładną sprawę z przebiegu choroby. Praktykanci mogą z klinik wynieść bardzo wielkie korzyści, bo mają w każdéj chwili wolny przystęp do chorego, do badania go i obserwowania przebiegu choroby, a zapisanych na polikliniki wysyłają do chorych znajdujących się w mieście, którzy ambulatoryjnie rady zasięgali. W klinice chirurgicznéj praktykanci spisują anamnezę, *status praesens* i rozpoznanie, po operacyi chorego sami opatrują, a pilniejsi i którzy przedmiotem widocznie więcéj się zajmują, mają prawo wykonywania mniejszych operacyj pod okiem profesora. W klinice położniczéj

każdy praktykant musi być czynnym przynajmniéj przy czterech porodach. Wprawdzie przy każdym porodzie jest obecnym asystent, ale ten nie wtrąca się wcale do czynności praktykanta, tylko ją kontroluje, chyba, żeby było potrzeba większego zabiegu operacyjnego, wtenczas dopiero asystent ten zabieg uskutecznia przy pomocy praktykanta. Jeżeli w mieście odbywa się poród, a akuszerka uwiadomi o nim poliklinikę, dostaje za to pewne wynagrodzenie, na miejsce zaś porodu zostaje wysłany praktykant, który ma dokładnie zbadać rodzącą, udzielić jéj w razie potrzeby odpowiedniéj pomocy, jeżeli zaś ta przechodzi jego siły, wzywa do pomocy asystenta kliniki. Tak więc każdy praktykant w poliklinice jest czynny przynajmniéj przy 4 porodach, jeżeli zaś jest pilny i chętnie korzysta z przypadków nadarzających się, to w ciągu roku może być obecnym przy 100 i więcéj porodach, wliczając w to i te porody, które się odbywają w domach prywatnych, a do których zostaje wysłany.

Korzyści więc dla medyków, a mianowicie praktykantów, na uniwersytecie berlińskim są bardzo wielkie, a chcący mogą się wykształcić nietylko teoretycznie, ale zarazem nabrać znacznego własnego doświadczenia przy łóżku chorego, i to w domu jego prywatnym, co jest rzeczą bardzo ważną.

Po ukończeniu medycyny, tj. 8 kursów, poddaje się kandydat egzaminowi rządowemu, w celu osiągnięcia tytułu „*Arzt*“, a z tym tytułem także wolnéj praktyki i możności ubiegania się o posady rządowe. Przed egzaminem musi kandydat udać się do dziekana z oznajmieniem, że życzyłby sobie zdawać egzamin. Dziekan w takim razie daje mu jakiś temat do opracowania pisemnego zaraz w jego kancelaryi, a następnie zadaje mu kilka pytań ustnych. Jeżeli kandydat przy tym niejako wstępnym egzaminie uczyni zadość wymogom, naznacza mu dziekan termin do właściwego *examen rigorosum*, do którego kandydat wyznaczonych egzaminatorów, w liczbie 6, osobiście winien zaprosić. Ten egzamin nie daje jednak prawa do tytułu doktora, któryto tytuł jest tylko stopniem akademickim i w celu otrzymania go należy składać osobny egzamin, napisać rozprawę i publicznie jéj bronić. *Dr. Janiszewski.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 48 (do 27 listopada) ospa więcéj się rozszerzyła w Londynie. Leczyło się w szpitalach 267, świeżo zapadło 67, umarło 10. W innych miastach umierało więcéj z ospy. I tak w Paryżu umarło 23 a leczyło się w szpitalach 145, w Budapeszcie umarło 7, w Pradze i Odssie po 3, w Wenecyi 13, w Maladze 20, w Wiedniu 11, w Rzymie 25, w Madrycie 34, w Filadelfii 22. Płonica i błonica złagodniały we wszystkich miastach. Z żółtéj febry umarły 2 osoby w Rio de Janeiro. W Krakowie umarło w 49 tygodniu (do 4 grudnia): 2 z ospy, 2 z błonicy i 1 z gorączki połogowéj a doniesiono w tymże czasie: o 6 przypadkach ospy, 2 odry, 8 płonicy, 4 błonicy, 1 duru osutkowego i 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 48 (do 27 listopada) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 41,6; we Lwowie 34,3; w Warszawie 17,6; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 23,1; w Budapeszcie 34,2; w Pradze 32,2; w Berlinie 26,0; w Wrocławiu 29,2; w Monachijum 21,6: w Gdańsku 29,4; w Dreźnie 23,3; w Lipsku 22,4; w Genewie 19,2; w Brukseli 22,6: w Amsterdamie 24,3; w Hadze 23,5; w Paryżu 23,4; w Londynie 20,6; w Kopenhadze 15,0; w Stokholmie, w Petersburgu 38,0; w Odesie 29,3; w Rzymie 33,0; w Wenecyi 26,7; w Bukareszcie 30,2; w Madrycie 34,4; w Barcelonie 27,9; w Aleksandryi 45,9; w Nowym Yorku 25,2; w Bombayu 29,1; w Madrasie 32,1. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 grudnia. Z końcem roku wypada nam podziękować szanownym naszym współpracownikom i abonentom za poparcie, którego użyczyli tygodnikowi naszemu w ciągu roku upłynionego. Bez ich skutecznego poparcia usiłowania nasze byłyby płonnemi, a sympatyja coraz większa, którą zyskał Przegląd Lekarski, po największéj części im zawdzięczamy. Z chlubą téż wyznać nam przychodzi, że Przegląd Lekarski, który w roku dobiegającym stał się i organem Towarzystwa Lekarskiego Galicyjskiego, coraz większe zaskarbia sobie uznanie nie tylko w kraju, ale i za granicą. Oferty wymiany stają się coraz częstszemi, a z dalekich stron dochodzą nas pisma i dzieła dla recenzyi. Zaprowadziwszy dopiero w roku bieżącym nową rubrykę: „Wiadomości pomniejszych“, która chętnie przyjętą została, nie zapowiadamy na rok przyszły nowych zmian; w wydawnictwie czasopisma bowiem wskazany jest pewien konserwatyzm, a próby nowe wtedy tylko są usprawiedliwione, jeżeli są konieczne wskazane. Będziemy więc i nadal podawać obok artykułów oryginalnych jak największéj ocen, sprawozdań i wyciągów z prac najnowszych, aby dla abonentów w kraju uczynić zbytecznem abonowanie pism zagranicznych, a w tym celu od objęcia przez siebie redakcyi staramy się o jak najprędsze zamieszczanie wiadomości, lekarza obchodzić mogących, oraz o omawianie kwestyj ważniejszych bieżących. Z powodu połączenia się z nami Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego zwiększy się także liczba członków komisyi redakcyjnéj, zwiększy się zaś zapewne przez dobranie członków fachowych, a szereg zdolnych, młodszych kolegów będzie sobie miał poruczone szybkie a dokładne opracowywanie sprawozdań z prac obcych. Jak zawsze uwzględnialiśmy życzenia i rady życzliwe kolegów, tak nadal o nie prosimy, bo jakkolwiek nikt nie jest wolnym od pewnéj słabości dla pracy swojéj, redaktor jednak w ogóle, a zwłaszcza pisma wydawanego przez ciało zbiorowe, nie powinien być drażliwym na uwagi, a nawet zarzuty, jeżeli one dobro pisma mają na celu. Objąwszy redakcyję Przeglądu Lek. żadnéj innéj nie mieliśmy ambicyi, prócz służenia piśmiennictwu krajowemu i umożebnienia współzawodnictwa z czasopismami zagranicznemi; do tego celu dążyć nie przestaniemy, lecz aby go dopiąć, potrzeba nam nadal poparcia koleżeńskiego, którém dotąd cieszyliśmy się, a o które nadal upraszamy.

+ Wydział gospodarczy IIIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich na posiedzeniu 10tém odbytém dnia 18 grudnia r. b. w skutek nadeszłych z wielu stron uwag i stanowczo objawionego życzenia od przyrodników zamiejscowych, jednomyślnie uchwalił, zamiast zapowiedzianego dotychczas terminu wrześniowego naznaczyć dla Zjazdu termin w drugiéj połowie miesiąca lipca 1881 r. Bliższe określenie terminu nastąpi niebawem, po porozumieniu się z Towarzystwem pedagogicznem, które około dnia 18 lipca roku przyszłego odbędzie swój Zjazd w Krakowie; z wielu zaś względów będzie najdogodniéj, gdy Zjazd przyrodników i lekarzy nastąpi bezpośrednio po pedagogicznym.

* Otrzymaliśmy kalendarz do użytku farmaceutów i chemików na rok 1881, wydany przez Towarzystwo Aptekarskie we Lwowie; jestto rocznik 4ty ozdobiony popiersiem śp. Józefa Celińskiego, b. profesora wszechnicy warszawskiéj i aptekarza. Oprócz zwykłych przedmiotów kalendarzowych i rzeczy obchodzących przeważnie aptekarzy, spisu właścicieli i dzierżawców aptek w Galicyi, w Szląsku austryjackiém i pruskiém, w W. X. Poznańskiém, w Król. Polskiém, w Bukowinie i w reszcie krajów przedlitawskich znajdujemy rzecz o odtrutkach (tłumaczenie), o chemicznym składzie niektórych środków pożywnych i o odczynach alkaloidów według Stas-Ottona; nie znajdujemy atoli rozpraw oryginalnych jak w rocznikach poprzednich. Druk, papier i urządzenie wewnętrzne są wcale odpowiedniemi.

* Otrzymaliśmy następującą odezwę:

Do Szanownego Zarządu Sekcyi lwowskiéj Towarzystwa lekarzy galicyjskich we Lwowie. Do najważniejszych zadań krajowego Stowarzyszenia patryjotycznéj pomocy czerwonego krzyża należy urządzenie i utrzymanie w kraju szpitali dla rannych i ozdrowieńców w czasie wojny. Ponieważ zarządzenia w tym względzie muszą być poczynione w chwili pokoju i to w ten sposób, by mogły być bezzwłocznie wprowadzone w życie w razie potrzeby i ponieważ Stowarzyszenie ma przedewszystkiém na

względzie urządzenie szpitala dla 600 rannych i ozdrowieńców w koszarach cesarza Ferdynanda we Lwowie przy ulicy Grodeckiéj, które tutejsza komenda generalna Stowarzyszeniu na ten cel odstąpić jest gotowa, przeto udaje się w imieniu tegoż Stowarzyszenia do Świetnego Zarządu w celu zapewnienia odpowiedniéj pomocy lekarskiéj z prośbą, by zawezwał członków sekcyi lwowskiéj do złożenia deklaracyi na ręce dyrektora biura Dra Alfreda Biesiadeckiego, czy i pod jakiemi warunkami, w razie otwarcia tegoż szpitala, chcieliby objąć jednę z następujących posad, jako to: *a*) Dyrektora całego szpitala oraz kierownika jednego oddziału czyto chirurgicznego, czy wewnętrznych chorób. *b*) prymaryusza, jeden z tychże ma być operatorem dla oddziału rannych. *c*) sekundaryjusza, których będzie po trzech dla każdego oddziału. Deklaracyje te obowiązywałyby składających je lekarzy na rok 1881 i upraszamy o ich nadesłanie do 15 b. m. We Lwowie dnia 5 grudnia 1880 r. (Podpisano). *Potocki w. r.*

* Miasteczko w Galicyi wschodniéj, 3000 mieszkańców liczące, życzy sobie mieć lekarza, Dra medycyny, który oprócz praktyki prywatnéj ma zapewnione sobie 600 złr. w. a. dochodów stałych, a musiałby sam utrzymywać aptekę. Polecenie ze strony profesora kliniki lekarskiéj w Krakowie jest pożądane. Bliższych szczegółów udzieli Administracyja Przeglądu Lek.

* **Wiedeń.** Tygodnik, wychodzący pod redakcyją Dra Krausa, „*Wiener allg. med. Zeitung*" w d. 6 stycznia roku przyszłego obchodzi 25-letni jubileusz istnienia swego.

* Książe Karol Teodor bawarski wykonał przedwczoraj w szpitalu Rudolfa na oddziale Weinlechnera i przy pomocy kilku lekarzy operacyję raka pochwowego.

* **Niemcy.** W półroczu bieżącém zapisanych jest uczniów medycyny: w Berlinie 585 (nadto 212 wychowańców zakładu wojskowo-lekarskiego), w Wrocławiu 249, w Królewcu 145, w Hali 167, w Tübindze 145, w Fryburgu 104, w Marburgu 137.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Lister w Londynie otrzymał królewski medal Royal society; jest to jedno z największych odznaczeń dla lekarzy w Anglii. — Prof. Brouardel wybrany został członkiem Akademii lekarskiéj w Paryżu.

* **Nekrologija.** W Hali umarł Dr. Wilhelm Heintz, profesor farmacyi, w 63 roku życia. — W Budapeszcie umarł Dr. Jan Neupauer, autor wielu prac klinicznych, w 36 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 23 i 24: Fabiana: O pylicach (c. d.); Skórkowskiego: O naroślach kuprowych czyli tak zwanych teratomatach. — W *Medycynie* Nr. 55: Sokołowskiego: O nieżytach oskrzelowych wikłających suchoty płucne. (dok.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. Ludwik WOLBERG: O zszywaniu, odtwarzaniu się i naciąganiu nerwów. (Odbitka z „Medycyny"). Warszawa 1880, in 8vo str. 17.

Sprostowanie. W Nrze 51, na str. 659, w protokóle posiedz. sekcyi lwowskiéj, wiersz 22 od dołu, zamiast „działaniem wewnętrznem," powinno być „działaniem zewnętrznem."

Do Numeru dzisiejszego dołącza się tytuł i spis rzeczy zawartych w całym roczniku.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.